سلسلة المراجع في التربية وعلم النفس
الكتاب (١/٣٤)

موسوعة علم النفس التأهيلي

المجلد الأول
المنطلقات النظرية

الدكتور علاء الدين كفافي
أستاذ الصحة النفسية
معهد الدراسات التربوية - جامعة القاهرة

الدكتورة جهاد علاء الدين
أستاذ الإرشاد النفسي المساعد
كلية العلوم التربوية - الجامعة الهاشمية الأردنية

الطبعة الأولى
١٤٢٧هـ / ٢٠٠٦م

ملتزم الطبع والنشر
دار الفكر العربي
٩٤ شارع عباس العقاد - مدينة نصر - القاهرة
ت: ٢٧٥٢٩٨٤، ٢٧٥٢٧٣٥، فاكس: ٢٧٥٢٧٣٥
www.darelfikrelarabi.com
INFO@darelfikrelarabi.com

١٥٧	علاء الدين كفافى.
ع ل م و	موسوعة علم النفس التأهيلى/ تأليف علاء الدين كفافى، جهاد علاء الدين.- القاهرة: دار الفكر العربى، ٢٠٠٦م.
	٤ج: إيض؛ ٢٤سم. ـ (سلسلة المراجع فى التربية وعلم النفس؛ الكتاب رقم ٣٤).
	يشتمل على ببليوجرافيات.
	تدمك: ٦ - ٢٠٣٦ -١٠- ٩٧٧
	المحتويات: ج١. المنطلقات النظرية. ج٢. الإعاقات. ج٣. الإصابات. ج٤. الأمراض المزمنة.
	١- علم النفس التأهيلى. ٢- المعوقون، رعاية وعلاج. ٣- الإعاقات المستحقة للتأهيل. ٤- الإصابات المستحقة للتأهيل. ٥- الأمراض المزمنة المستحقة للتأهيل. أ- جهاد علاء الدين، مؤلف مشارك. ب- العنوان. جـ- السلسلة.

جمع إلكترونى وطباعة



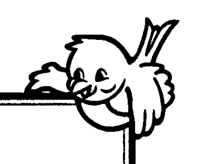
التنفيذ الفنى

منى حامد عمارة

رقم الإيداع ١٧٧٣ / ٢٠٠٦

بسم الله الرحمن الرحيم

مَا أَصَابَ مِن مُّصِيبَةٍ فِي الأَرْضِ وَلا فِي أَنفُسِكُمْ إِلاَّ فِي كِتَابٍ مِّن قَبْلِ أَن نَّبْرَأَهَا إِنَّ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ (٢٢) لِكَيْلا تَأْسَوْا عَلَىٰ مَا فَاتَكُمْ وَلا تَفْرَحُوا بِمَا آتَاكُمْ وَاللَّهُ لا يُحِبُّ كُلَّ مُخْتَالٍ فَخُورٍ (٢٣) [الحديد]



إهداء

إلى كل من يعانى ألما جسميا أو نفسيا
علّه يجد فى هذه الموسوعة - بإذن الله -
ما يخفف عنه بعض ألمه بشكل مباشر أو غير مباشر

علاء
جهاد

سلسلة المراجع فى التربية وعلم النفس

تصدر بإشراف نخبة من الأساتذة

تصدر هذه السلسلة بغرض النهوض بمستوى المراجع والكتب فى مجال التربية وعلم النفس والاجتماع بحيث تشتمل على أحدث ما صدر فى هذا المجال عالميا مع معالجته بمنظور ورؤية عربية مدعمة بخبرات الخبراء.

ويسر اللجنة الاستشارية أن يشارك أصحاب الفكر والكُتّاب وأساتذة الجامعات بنشر مؤلفاتهم المتميزة فى تلك السلسلة.

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على نبينا محمد الأمين وبعد.

فهذه الموسوعة في «علم النفس التأهيلي وخدماته في مجال الإعاقات والإصابات والأمراض المزمنة» استشعر المؤلفان حاجة الميدان إليها. فعلى الرغم من أن بعض عمليات التأهيل تمارس بالفعل في مجالات عديدة؛ عسكرية كانت أو مدنية، كما أن بعض جوانب عملية التأهيل تدرَّس من خلال مقررات تعليمية في معاهدنا وكلياتنا الجامعية، في كليات ومعاهد: العلاج الطبيعي والتمريض والطب والآداب والتربية والخدمة الاجتماعية فإنه لا يوجد -في حدود علم المؤلفين- كتاب نظرى يجمع شتات هذا العلم من الجانب النفسي بصفة خاصة، وهو جانب شديد الحضور والتأثير في نجاح عمليات التأهيل، بل وفي تحديد شدة الحالة وخطورتها.

والتأهيل هو رابع العمليات الأساسية في الخدمات النفسية أو الخدمات الطبية أو الطب نفسية، وهو في نفس الوقت ختامها وغايتها. فهناك عملية الوقاية وهناك عملية التشخيص وهناك عملية العلاج، ثم تأتي عملية التأهيل كختام وتتويج للعمليات السابقة؛ لأنها هي التي تؤهل الفرد المصاب وتعيده إلى الحياة الطبيعية التي كان يعيشها قبل الإصابة أو إلى أقرب نقطة ممكنة من هذه الحياة، وذلك بمعالجة جوانب القصور والعجز، وتنمية الجوانب الأخرى إلى أقصى درجة ممكنة.

والتأهيل مهنة حديثة نسبيا، حيث ظهرت أول برامج التأهيل في منتصف الخمسينيات من القرن الماضي في الولايات المتحدة الأمريكية. وفي أواخر الخمسينيات تم الاعتراف بعلم النفس التأهيلي كتخصص مستقل وقائم بذاته، وأصبح يشغل القسم رقم (٢٢) من أقسام رابطة علم النفس الأمريكية. ويوما وراء يوم ازدادت خدمات التأهيل اتساعا وعمقا مع زيادة الوعي بقيمة هذه الخدمات. فالتأهيل كمهنة وكعمليات يزداد الإقبال عليه والاستفادة منه، وهو ما يجب أن تتنبه إليه مؤسساتنا التعليمية لتخريج المهنيين الذين يستطيعون القيام بأعباء هذه المهنة في مختلف جوانبها الجسمية والعصبية والنفسية والاجتماعية.

ويعرض المجلد الأول من هذه الموسوعة المنطلقات النظرية وهي تتمثل في سبعة فصول، وتبدأ بالتعريف بعلم النفس التأهيلى، تاريخه ومناهج البحث فيه (الفصل الأول)، ثم تعالج أثر العوامل النفسية في الاستجابة للإعاقة أو الإصابة أو المرض المزمن (الفصل الثانى) ثم تتناول العلاقة بين الوظائف الجسمية والوظائف النفسية (الفصل الثالث)، ورابع هذه المنطلقات هي استعراض استجابات المعوقين والمصابين والمرضى منمطة ومصنفة في نماذج (الفصل الرابع). كذلك تناول هذا المجلد -ضمن المنطلقات النظرية في علم النفس التأهيلي- بعض القضايا النفسية والاجتماعية المرتبطة بالإعاقة الجسمية (الفصل الخامس)، ثم تناولت المنطلقات النظرية بشيء من التفصيل إحدى النظريات الهامة في مجال التأهيل وهي نظرية التمكين (الفصل السادس). وفي الفصل الختامي في الباب الثالث حيث يتناول هذا المجلد موضع علم النفس التأهيلي في منظومة الرعاية الصحية خاصة من وجهة النظر المستقبلية.

ونحن نعلم أن كل عمل بشري ناقص بطبيعته، وهذا العمل كعمل طليعي لابد أن يكون به بعض النقائص. ويكفى المؤلفان أنهما استجابا لحاجة الميدان إلى مؤلَّف جامع وأوَّلى في علم النفس التأهيلي قد تتبعه محاولات أخرى تفصيلية في بعض الموضوعات النوعية يقومان بها أو يقوم بها باحثون آخرون. ولذا فالمؤلفان ينتظران من الزملاء والعاملين في الميدان بحثا أو ممارسة أن يرسلوا إليهما بملاحظاتهم النظرية والتقويمية، خاصة فيما يتعلق بواقع الممارسة التأهيلية في المجتمعات العربية، وما يمكن أن تتميز به واقع هذه الممارسة في مجتمعاتنا وكيف يمكن أن نطورها.

والمؤلفان -مرة أخرى- يرحبان بتلقي تعليقات الزملاء لكل ما يمكن أن يحسِّن هذه الموسوعة شكلا وموضوعا ومنهجا. وتجدر الإشارة إلى أن المؤلفين يربط بينهما رابطة علمية منهجية فكرية، فالمؤلفة الثانية للكتاب تلميذة للمؤلف الأول، فهى قد حصلت على الدكتوراه في الإرشاد النفسي من جامعة القاهرة تحت إشراف المؤلف الأول.

واللهم هذا ما وفقتنا إليه في خدمة بلادنا ومواطنينا الذين هم في أمس الحاجة إلى هذه الخدمات، واجعله يا رب في باب العلم النافع.. إنك نعم المولى ونعم النصير.

القاهرة

٨ مايو ٢٠٠٥

علاء الدين كفافي

جهاد علاء الدين

☺☺☺☺☺☺

قائمة شاملة بموضوعات الموسوعة

المجلد الأول
المنطلقات النظرية

الباب الأول
علم النفس التأهيلي

الباب الثاني
المنطلقات النظرية في علم النفس التأهيلي

الباب الثالث
بعض القضايا المعاصرة والمستقبلية في علم النفس التأهيلي

المجلد الثاني
الإعاقات

المجلد الثالث
الإصابات

المجلد الرابع
الأمراض المزمنة

الباب الأول
أهم الأمراض المزمنة المستحقة للتأهيل

الباب الثانى
بعض المداخل العلاجية الخاصة المستخدمة في علم النفس التأهيلي

☺☺☺☺☺☺

قائمة بموضوعات المجلد الأول

الباب الأول
علم النفس التأهيلي

الباب الثاني
المنطلقات النظرية في علم النفس التأهيلي

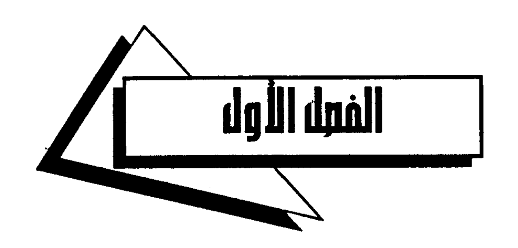
الباب الثالث
بعض القضايا المعاصرة والمستقبلية في علم النفس التأهيلي



الباب الأول

علم النفس التأهيلي

الفصل الأول : التعريف بعلم النفس التأهيلي



التعريف بعلم النفس التأهيلي

عملية التأهيل وفريق التأهيل

تاريخ علم النفس التأهيلي

مجال علم النفس التأهيلي ومناهج البحث فيه

تطور مجال علم النفس التأهيلي

علم النفس التأهيلي والعلاج الطبيعي

علم النفس التأهيلي والإعاقات

دور التشريعات في تطور خدمات علم النفس التأهيلي

عوامل تبلور دور علم النفس التأهيلي في مجال الرعاية الصحية



الفصل الأول

■ ○ التعريف بعلم النفس التأهيلي ○ ■

القسم الأول

عملية التأهيل وفريق التأهيل

التأهيل Rehabilitation هو عمليـة إعادة أو إرجاع الفرد الذي لديه عـجز بدني أو عقلي إلى أقصى حالاته الممكنة من حيث أداء الوظائف المرتبطة بكل أوجه الحياة. وعادة مـا يوصف التأهيل باعتباره المرحلة الرابعة من الممارسـة الطبية. أما المراحل الثلاث الأولى فهي الوقاية والتشخيص والعلاج. وفي الطب تعرف عملية التأهيل بأنهـا إبقاء للمرضى الـعقليين بعد العـلاج على أساس الحفـاظ عليهم من التدخل في الأنشطة الاجتماعية والمهنيـة لفترة من الزمن. وتشمل عمليات التأهيل إجراءات مـثل الإرشاد المهني وإعادة التـدريب والأنشطة الترويحيـة والاجتماعـية ونوادي المرضى العـقليين والمعيشـة في الدور الانتقـالية half way houses أو نظام آخر في الإقامة الجماعية خلال فترة إعادة التوافق (جابر، كفافي، ١٩٩٥، ٣٢٢٤ - ٣٢٢٥).

وتمارس عملية التأهيل في المستشفيات أو في المراكز الصحية العادية أو مركز خاص بالتأهيل Rehabilitation Center. وتستخـدم مراكز التأهيل أسـاليب مثل التدريب المهـني والعمل في مواقف مـحمـية والعلاج بالعـمل والعلاج الجـسمي والعلاج التربوي والعلاج الاجتمـاعي والعلاج الترويحي والإرشاد النفسي (جابر، كفافي، ١٩٩٥، ٣٢٢٥).

وتمارس عمليـة التأهيل من قبل فريق يتكون من مـجموعة من الأخـصـائيين المهنيين والذين ينسقون جهـودهم في سبيل تأهيل المرضى على أسس فردية. وربما يضم فريق التأهيل أخصـائي جراحة التجميل وأخصائي جـراحة العظام وأخصائي الأعـصاب والأطبـاء النفـسيين والمعـالجين النفـسيين وأخـصـائي العلاج بالعـمل والأخصائيين النفـسيين وغيرهم. وكل هذا يتوقف على حاجـات المريض وحالته. وفيما يلي سنشير إلى بعض أخصائيي هذا الفريق:

أ/ المرشد النفسي التأهيلي Rehabilitation Counselor

وهو أحد العاملين المهنيين الذي درب وأعدّ ليقيِّم ويوجه الأفراد المعوقين من الناحية الجسمية والعقلية والانفعالية في الأوجه الأساسية في عملية التأهيل مهنيا وتربويا وشخصيا ونفسيا واجتماعيا وترويحيا. ويساعد المرشد التأهيلي في تحقيق التآزر بين الخدمات المختلفة التي يقدمها فريق التأهيل وينسق بينها ويركزها ويوجهها حسب حاجات الفرد.

ب/ ممرضة التأهيل Rehabilitation Nurse

وهى ممرضة تخصصت في توجيه المرضى العاجزين جسميا أو المتخلفين عقليا إلى الإفادة الاجتماعية والمهنية والاقتصادية من المجتمع. وتوفر الممرضة التأهيلية عناية موجهة إلى شخص المريض بالتعاون مع الأعضاء الآخرين في فريق التأهيل .

ج/ أخصائي نفسي التأهيل Rehabilitation Psychologist

وهو الأخصائي النفسي الذي يخصص كل وقته المهني أو معظمه لاحتياجات العلاج الانفعالي والسلوكي للمرضى بصرف النظر عن السبب في إعاقاتهم. ويشجعهم على أن يتوافقوا مع أوضاعهم وأن يواجهوا المحدودية والإحباطات وبعض جوانب عدم التأكد والحيرة التي ترتبط مع احتياجاتهم وأوجه قصورهم. وتشمل مسئوليته المهنية أيضا تقييم قدرات المرضى وكفاءاتهم من خلال استخدام مقاييس مناسبة.

إذن فعلم النفس التأهيلي Rehabilitation Psychology هو دراسة وتطبيق المبادئ النفسية لصالح الناس الذين لديهم أوجه عجز في نموهم الجسمي أو المعرفي أو النسبي ويعانون من أوجه عجز انفعالية، سواء كانت أوجه العجز ولادية أو مكتسبة. والأفراد الذين يعانون من هذا العجز قد يقابلون حواجز أو عقبات شخصية أو اجتماعية أو موقفية لكي يؤدوا أداءً وظيفيا مؤثرا وفعالا. علما بأن بعض هذه العقبات موروث خاصة في حالات العجز الجسمي أو المعرفي، بينما هي في حالات أخرى ناتجة عن الأفكار الخاطئة والقصص الشائعة بين الناس والتي ترتبط بأوجه العجز أو المرض أو الإعاقة، والتي ليس لها صلة أصيلة بالعجز أو المرض أو الإعاقة ولكنها تسهم في التقليل من قدرات الأفراد وتخفض درجة ثقتهم

في أنفسهم، كما تجعلهم موضع الإهمال والتجاهل من قبل الآخرين مما يرسخ في النهاية وعيا زائفا وغير حقيقي عند هؤلاء الأفراد أنهم أناس مختلفون تماما عن الأفراد الأصحاء أو العاديين.

إن التأهيل هو الفرع من علم النفس الذي يتميز بالاهتمام بمواجهة مشكلات الحرمان والعجز. وقد ميز بعض المؤلفين في علم النفس التأهيلي الأخصائيين النفسيين العاملين في مجال التأهيل عن بقية الأخصائيين النفسيين العاملين في مجالات أخرى من حيث إن الأهمية والأولوية عند أخصائيي التأهيل تنصب على الضغوط الناشئة عن العوامل الاجتماعية البيئية مثل (Sherr, R. Leviton, G. Gordon, W. Diller, L. Dembo,T.) وعلى هذا فإن أخصائيي التأهيل النفسي يركزون على مساعدة الناس الذين لديهم إعاقات وأوجه عجز بتشخيص العقبات التي تواجههم سواء فى البيئة الفيزيقية أو فى البيئة الاجتماعية والتي من شأنها أن تعرقل أو تحول دون المشاركة في حدها الأقصى فى المجتمع وفى الأداء الذي يستثمر طاقة الفرد وإمكانياته إلى أعلى درجة. هذا بالإضافة إلى تركيز الجهود -بالتالي- على كيفية التغلب على هذه العقبات وإزالتها والتقليل من حجمها وحظرها، أو تغيير نظرة الفرد لها وتعليمه كيفية التعامل معها، أو كل هذه المداخل.

القسم الثانى

تاريخ علم النفس التأهيلى

طول سنوات الخمسينيات وبداية الستينيات من القرن العشرين لم تكن برامج إعداد الخريجين كأخصائيين في علم النفس التأهيلي معروفة على نطاق واسع، بل كانت مجهولة أو شبه مجهولة كبرامج متميزة عن برامج الإرشاد النفسي. وقد أنشئت أول برامج للإرشاد النفسي التأهيلي والمدعومة من قبل الحكومة الاتحادية في الولايات المتحدة في عام ١٩٥٥. فقد أنشئ عدد من هذه البرامج التي تتضمن مقررات تدرس في عامين في ٣٠ جامعة (Wright, 1959) وكانت تهدف هذه البرامج إلى تخريج مرشد نفسي تأهيلي في بداية الأمر في كليات التربية وكانت على شكل برامج مختصرة ضمن برامج الإرشاد النفسي المهني Vocational counseling.

وقد كان التكليف الذي فُرض من قبل الحكومة على المرشدين النفسيين التأهيليين وقتذاك واضحا. فقد كان عليهم أن يتعاملوا مع التكلفة الاجتماعية

العالية المرتبطة بتوفير الرعاية طويلة المدى للمصابين من متطوعي الحرب العالمية الثانية بتحويلهم من برامج مصابي الحرب والمشوهين والعجزة helpless cripples إلى مواطنين عاديين، وتحويلهم من مواطنين مستهلكين للضرائب Tax- consum-ing إلى مواطنين من دافعي الضريبة Tax- paying مثل غيرهم. وإذا كانت برامج الإقامة الداخلية صعبة أو غير ميسرة فإن الهدف الثانوي أو البديل هو التأهيل للحياة المستقبلية، أي الحياة خارج المؤسسات-عالية التكلفة.

وفي أواخر الخمسينيات حصل علم النفس التأهيلي على اعتراف به كتخصص مستقل وقائم بذاته، وأصبح قسما من أقسام علم النفس بالجمعية الأمريكية لعلم النفس American Psychological Assossation (A.P.A)، وهو القسم رقم (٢٢). وقد تطور هذا القسم من مجموعة كانت تطلق على نفسها «المجلس القومي المختص بالجوانب النفسية في العجز الجسمي» National Council on the Psychological Aspects of Physical Disability. وقد تكونت هذه المجموعة نفسها بتشجيع من الجمعية الوطنية للأطفال المعوقين The National So-ciety for Crippled children. ويتقابل أعضاء المجلس سنويا في وقت يتزامن مع انعقاد اجتماع الجمعية الأمريكية لعلم النفس (Shantz, 2003, 176).

وقد ضم هذا المجلس بعض الأفراد الذين يعتبرون أنفسهم أخصائيين نفسيين في مجال التأهيل. ولكن فكرة هؤلاء الأخصائيين عن أنفسهم وعن أعمالهم كانت بالأساس هي الاهتمام بالمشكلات الناتجة عن حالة العجز أو الإعاقة. وبالتالي فهم يرون أعمالهم بالدرجة الأولى هي توفير الخدمة النفسية لهؤلاء الأفراد المصابين بالعجز أو الإعاقة، إضافة إلى إجراء البحوث التي يمكن أن تسهم في نمو الأدب السيكولوجي وبالتالي فإن تصوراتهم عن أنفسهم وعن أعمالهم لا تختلف عن عمل الأخصائي النفسي الكلينيكى كما أنها مهام تجعل من عمل هؤلاء الأخصائيين أقرب إلى أن يكون في إطار علم النفس الكلينيكي وليس علم النفس التأهيلي.

وحتى هذا الوقت (بداية الستينيات) كان كل أخصائي نفسي يقترب من الجوانب النفسية للعجز أو الإعاقة -كفرد وليس كممثل لفريق منظم في تخصص محدد- فإنه كان يقوم بمهمة فردية تستهويه أو تناسبه. ولذا فإنه ليس من المستغرب

أنه على الرغم من تأسيس عـدد من البرامج في الجامـعات تحت اسم «علم النفس التأهيلي» فإن الجسم المتماسك للمعرفة والخاص بهذا الجانب والذي يمكن أن نطلق عليه علم النفس التأهيلي لم يكن قد تبلور بعد.

ويتناول «فرانكلين شونتز» (Franklin Shontz, 2003) تلك الحقيـقة الهامة في بداية علم النفس التأهيلي من خلال روايـته لسيرته الذاتية والمهنية باعـتباره كان واحدا ضمن أول مـجموعة من الأخصـائيين النفسيين الذين دخلوا مـجال التأهيل عام ١٩٥٥.

ويذكر شونتز أن الأخـصائيين كانوا يقومون بعمل تقيـيمات للمرضى الذين يحولهم الأطباء، حيث يرغب هؤلاء الأطباء في الحصول على معلومات من شأنها أن تساعـدهم في اتخاذ القرارات الخاصـة بعلاج المرضى ورعايتـهم. ومعظم هذا العمل يمكن أن يسمى اليـوم بعلم النفس العصبي Neuro psychology. وفي هذا دلالة على المدى الذي يؤثر فيه أي عطب في الجهاز العصبي المركزي على القدرات الذهنية أو الانفعالية للمرضى. وبشكل محدد كان الأطباء يحتاجون إلى أن يكونوا على بيِّنة بالعـيوب الواضحـة التي تعود إلى إصـابة المخ والعيوب الـتي تعود إلى المشكلات العقلية بالنسبة لكل مريض (Shontz, 2003, 177).

كما كـانت التقييمات التـي يطلبها الأطباء من الأخصـائيين النفسيين تخص «دافعية» المريض. ويذكر شونتز أن الهيئة الطبـية غالبا ما كانت تفهم الدافعية بمعنى الرغبة أو الاستـعداد عند المريض للإذعان والتسليم لنظم العلاج والالـتزام بقواعد السلوك والنظام التي تحـددها إدارة المستشفى. ويضـيف «شونتز» أنه مما كـان يثري العـمل استـشارات «مـعالجي العـمل» أو أخصـائي علاج العـمل Occupational therapists وأخـصائي العـلاج الطبيـعي physical therapists وأخـصائي عـلاج أمـراض الكلام Speech pathologists وهم من يسـمـون الآن مـعـالجي الكلام Speech therapists. وتوفر هذه الإشارات الفرص الجيـدة للحصول على البيانات المطلوبة والخـاصة بالمريض والتي يجـدها المعالجـون ذات معنى ويمكن أن تفـيدهم (Shontz, 2003, 178).

والمهم إنه إذا كان أول برنامج لتخـريج الأخصائيين النفسـيين العاملين في حقل التأهيل قد أنشئ في «جامعة ريزرف الغربية» Western Reserve University (W. R. U)

فإن برنامجا مكافئا أو مناظرا قد أنشئ عام ١٩٦٠ في جامعة كانساس Kansas Uni. تحت اسم علم النفس الجسمي Somatic Psychology. وكان كل من البرنامجين، برنامج جامعة ريزرف (علم النفس التأهيلي) وبرنامج جامعة كانساس (علم النفس الجسمي) يحظيان بدعم من الوكالة التي تسمى الآن «إدارة التأهيل المهني (.Vocational Rehabilitation Administration (V. R. A» والتي عرفت بعد ذلك باسم مكتب التأهيل المهني Office of Vocational Rehabilitation. وخلال السنوات القليلة الأولى من تطبيق هذه البرامج كانت هذه المنح مجزية وتوفر للطلاب رواتب جيدة وتسمح لرؤساء البرامج بالسفر وحضور المؤتمرات والاجتماعات. ومن هنا فإن الجامعات تسابقت للاستفادة من هذه التسهيلات لتعزز ميزانياتها ووجدت من برامج التأهيل ترحيبا كبيرا بها في مختلف الأقسام والجامعات.

ولكنه مع منتصف الستينات بدأ نهر المنح يقل في تدفقه، وفي منتصف السبعينيات كاد أن ينضب تماما. وفي عام ١٩٨٠ بذلت محاولات للإبقاء على برنامج «علم النفس الجسمي» في جامعة كانساس متضمنا في البرنامج الأكبر لعلم النفس الكلينيكي. وقد استمر برنامج علم النفس الجسمي ثلاث سنوات أخرى حتى توقفت المساعدات الاتحادية تماما، فأعيدت تسمية برنامج «علم نفس الصحة والتأهيل» كتخصص فرعي في علم النفس الكلينيكي ولكن استخدام كلمة التأهيل ضعفت بالتدريج خاصة بعد رحيل عدد من المتحمسين لمفهوم التأهيل.

ولكن يلاحظ في إعداد الأخصائيين في برنامج جامعة كانساس على وجه الخصوص وفي غيره في الجامعات الأخرى بصفة عامة أنه كان مهتما بتدريس علم النفس كعلم أكثر من تدريبهم بصفة خاصة عليه كوظيفة في عملية التأهيل. وكانت الفلسفة وراء هذا التوجه هي أن الخريجين الذين أحسن إعدادهم علميا في علم النفس يمكنهم أن يقدموا إسهامات متميزة في مجال تطبيق هذا العلم في أي مجال يوجهون إليه ويعملون فيه. وببساطة فإن هذه الفلسفة اعتبرت أن المبادئ أكثر أهمية من الفنيات (Principles were more important than techniques) وعلى أي حال فإن هذه الفلسفة لم تكن تلقى قبولا كثيرا في أماكن عديدة حينذاك وربما هي كذلك حتى الآن عند الكثيرين.

وعلى أي حـال فـإن الطلاب الذين اعـتـادوا الشكوى من أنهم لا يجـدون التوجـيه العـملي الكافي قد هيأوا أنفـسهم على أن يتـولوا أمورهم بأنفـسهم وأن يتخذوا القرارات الخاصة بمستقبلهم، واكتسب معظمهم فكرة أن يختار كل منهم ما يريد أن يتعلمه من المتـاح أمامه وأن يستفـيد من البرنامج حسبمـا يرى أنه يساعده ويناسبه في تحقيق أهدافه.

القسم الثالث

مجال علم النفس التأهيلي ومناهج البحث فيه

أخذ علم النفس التأهيلي في الازدهار على مستـوى الممارسة العملية، وكان ذلك يعكس حاجة الناس المتزايدة إلى هذه الخدمة المتخصصة الجديدة. وندلل على ذلك بما ذكره باري نيرنبرج(*) Barry Niernberg رئيس مؤتمر التـأهيل الذي عقد في عام (٢٠٠٠) مـن إحدى زميـلاته ممن يعملن فـي مجال الأورام التي تـصيب الكبار والتي هاتفـته في أحد الأيام متـسائلة عن متى تؤدي عمليـة المرض إلى بتر أحد الأطراف؟ وقد أقـرت أنها تقرأ باسـتمتاع عن تخـصص علم النفس التأهيلي وإسهـاماتـه في مسـاعدة المرضى في أن يتـوافقـوا مع بتر أحـد الأطراف الهامـة ومسـاعدتهم على تحمل الألـم وفي اتخاذ القرارات الخـاصة بإجراء الجـراحات.. وقالت عندما ينشب السـرطان براثنه في صدر إحدى السيدات فإنهـا تواجه مشكلة بتر الثـدي كما تواجه الألـم والقرار بشأن الجراحـات التعويضـية. إن علم النفس التـأهيلي في نظرها لم يزل مـحـدودا ولم يطبق على نطاق واسع بعـد. ويعـقب «نيرنبرج» على حديث زميلته بالموافقة والتأييد. (Niernberg, 2000, 107)

ويذكر «نيـرنبرج» واقعة أخرى حـدثت في مؤتمر عام ٢٠٠٠ ولهـا دلالتها وهي أن دكتور سار باروث Saar Parrath وهو أستاذ متخصص وباحث متميز في سرطان الثـدي، وكان أحـد المتحدثين في إحـدى جلسات المؤتمر المحـدودة. وقد انتهى د. باروث إلى عدد من الفنيات الجديدة في الممـارسة الكلينيكية. وقد تحدث باروث من دافع الخـبرة الشخـصيـة كأحد الـذين نجوا من السرطـان. وقد وصف بطريقة بليـغة وفصيحـة نضاله مع الصعوبات المعـرفية التي تلي العلاج الكيـميائي ومدى الاضطراب الذي كان يعانيه والتعب الذي يشعر به بعد الجرعات الكبيرة مع العلاج. كـما أشار إلى مشكلاته مع المشي ومع تحـقيق ما أسمـاه الحد الأدنى من

(*) باري نيرنبـرج أستـاذ بقـسم الطب النفـسي والعلوم السلوكيـة -بكلية الطب- جامـعة مـيامى ولاية فلوريدا. بالولايات المتحدة الأمريكية.

التوافق الانفعالي الكلي. وقد قال أن العلاج الطبيعي كان متاحا دائما ومفيدا حتى في المراكز الطبية الأولية ولكنه تساءل أين هو علم النفس التأهيلي؟

لقد استمر د. باروث يتساءل أليس لدينا شيء نقوله حول فقدان القدرة على المشي؟ وحول حالة الإعياء الشديد وسوء التوجه أو التخبط في المشاركة في العلاجات؟ وعن التأهيل المعرفي التالي الذي يتبع العلاج الكيميائي. وإذا كان دكتور باروث اعترف بأن هذه المعلومات ربما كانت موضع مناقشات بين المتخصصين وتعالج في المجلات العلمية المعينة فإنه يتساءل لماذا لا تكون هذه المعلومات منتشرة على نطاق واسع بين الجمهور، ولماذا لا يكون الأخصائيون النفسيون في مجال التأهيل متوافرين بدرجة كافية تتناسب مع أهمية عملهم في مراكز العناية المركزة والحادة والأولية على السواء خاصة ما تقدمه من خدمات لأصحاب الحالات المزمنة. ومرة أخرى يقر الدكتور نيرنبرج، والدكتور باروث على ما جاء بحديثه (Niernberg, 2000, 108).

وتعكس هاتين الواقعتين اللتين ذكرهما د. نيرنبرج عن اكتشاف الناس لأهمية علم النفس التأهيلي ولحيوية الخدمات التي يقدمها للمرضى والمعوقين والمصابين خاصة المزمنين منهم. وتعكس أيضا ما يتوقعه الناس من علم النفس التأهيلي وما يأملون منه في تخفيف آلام الناس وألوان قلقهم والتخفيف من وطأة مشاعر الأسى والحزن والاكتئاب التي تتملكهم، وتساعدهم في اتخاذ القرارات الصحيحة بشأن الجراحات بصفة عامة والجراحات التعويضية والتجميلية بصفة خاصة.

وإذا تساءلنا عن نظرية الشخصية التي يهتدى بها العاملون في مجال التأهيل في تفسير الاستجابة للإعاقة أو الإصابة أو المرض المزمن من ناحية وكيفية تحقيق التوافق مع هذه الإعاقة فسيظهر لنا أن معظم نظريات الشخصية لم تقدم شيئا مفيدا في هذا المجال بل كانت غير مناسبة لأنها تقتصر على شرح وتفسير الاضطرابات الطب نفسية. وهذا يقودنا إلى أن نتوقع أن كل المصابين المعوقين وأصحاب الأمراض المزمنة يظهرون -نتيجة للإحباط الذي يشعرون به- سلوكا عصابيا أو سلوكا يدل على سوء التوافق. ولكنه على عكس هذا التوقع فإن الدلائل تشير إلى أن نزلاء المستشفيات والمعالجين من الإعاقات والإصابات والأمراض المزمنة لا تنتشر بينهم الأعراض العصابية وسوء التوافق أكثر من أي مجموعة أخرى.

ويجب ألا ننسى في هذا المقام أن هناك نسبة من المرضى والمعوقين المصابين قد أنجزوا درجة كبيرة من تحقيق الذات، وكان تقديرهم لذواتهم عاليا بما يتعارض مع ما تقدمه كثير من نظريات الشخصية. ويقول شونتز في مسألة نظرية الشخصية المناسبة لمجال التأهيل أن نظرية «ماسلو» ربما كانت أنسب النظريات التي تفيد أخصائي التأهيل النفسي. ويقول أنه كتب رأيه هذا في كتاب عن الجوانب النفسية في المرض الجسمي وأوجه العجز عام ١٩٧٥ ثم يذكر ساخرا أن هذا الكتاب وجد حفاوة عند هيئة التمريض أكثر مما وجد عند أخصائيي التأهيل النفسي (Shontz, 2003, 178).

وقد تأثرت ممارسة التأهيل ببعض الأفكار التي شاعت في أفق الممارسة، وهي أفكار تستند في معظمها إلى أساس نظري وتجريبي صحيح، وإن كان توجيه هذه الأفكار والاستفادة منها في الممارسة لم يتم على النحو الصحيح دائما. ومن هذه الأفكار أن أنماطا معينة من الإعاقات أو الإصابات الجسمية تؤدي إلى أنماط معينة من الشخصية أو إلى مشكلات نفسية خاصة. فالشخص الذي يعاني من صعوبات في السمع يتوقع أن يظهر سلوكا يتضمن الأعراض البارانية Paranoid symptoms وهذا التوقع على عكس ما يشيع الآن في مجال الطب الجسمي النفسي Psychosomatic medicine حيث يفترض أن الاضطرابات النفسية الانفعالية هي التي تسبب أعراضا وأمراضا جسمية.

وهناك فكرة أخرى شائعة في الميدان وهي فكرة التعويض Compensation. فالأفراد المعوقون في أحد المجالات أو الجوانب يتوقع أن يكون أداؤهم متفوقا أو فوق المتوسط في جوانب أخرى غير معطوبة أو غير معوقة في شخصياتهم، وهم يفعلون ذلك على نحو شعوري أو على نحو لا شعوري لكي يعوضوا أداءهم المتدني في المجالات المتضررة لديهم. وقد كان لهذه الفكرة تأثير في القرارات التي تتخذ في مجال الإرشاد المهني أو التأهيل المهني للأفراد حيث إن التوصيه تكون بتوجيه هؤلاء الأفراد إلى المجالات التي يظهرون فيها تفوقا أو أداء مقبولا وأصبح أخصائيو التأهيل يتوقعون ويبحثون طبقا لذلك عن الجوانب الأخرى التي يتفوق فيها المعوق حتى يوجهوه إلى تنمية قدراته فيها. فالكفيف ينمي قدراته السمعية واللمسية، وبالتالي يمكن أن يكون موسيقيا، وصاحب الشلل النصفي يمكن أن يوجه إلى إصلاح الآلات الدقيقة كالساعات مثلا.

وفكرة ثالثة أخرى تشيع في مجال التأهيل وتؤثر في الممارسات وهي فكرة أنه يمكن زيادة «دافعية» المريض أو المعوق لضمان أدائه الجيد على النحو الذي يملأ فيه خزان الوقود في السيارة لنضمن استمرارية سيرها، وقد فهمت هذه الفكرة كما لو كانت إرادة المريض «خزانا» يملأ فتستقيم الأمور وبدا تطبيق هذه الفكرة على نحو بدا وكأنه يهمل الفروق الفردية بين الأفراد في فقدان الدافعية لديهم، وأن البعض قد يكون لديه «خزان» صغير الحجم.

وعلى أية حال فإن هذه الأفكار كما قلنا أنه رغم وجاهتها النظرية وقيامها على أساس له قيمة من التجريب فإنها ليست مبادئ جامدة تنطبق على كل الحالات بحيث يمكن التنبؤ بها وبناء التوقعات على هذا الأساس. وقد ثبت ذلك من تأهيل الأعداد الكبيرة التي تخلفت عن الحرب العالمية الثانية من المعوقين والمصابين، حيث لم تثبت فاعلية هذه المبادئ دائما. وتأكدت ضرورة البحث عن مداخل جديدة أكثر مرونة وأكثر صدقا كمجال التأهيل الذي يتعامل مع الكثير المتنوع من الحالات التي تتشابه في جوانب وتختلف في جوانب أخرى حتى لتكاد أن تكون كل حالة قائمة بذاتها ولا تتشابه مع الأخرى تمام التشابه.

لقد ظهر أن طرق علم النفس تبث الأمل في العثور على مفاهيم تخص ردود الفعل نحو الإعاقة والعجز من شأنها أن تحسن الخدمة التي تقدم لمن ابتلي بالإعاقة أو العجز، أو أن تحقق أهداف التأهيل على نحو أفضل. ولكن معظم المعلومات التي أتيحت من دراسة المعوقين وذوي العجز طوال الخمسينيات لم يكن لها قيمة كبيرة لأنها كانت معلومات قليلة من ناحية ولم تقدر على تقديم تفسيرات مقنعة لحالات العجز والإصابة من ناحية أخرى.

ومن المعالم المنهجية والتطورية البارزة في مسيرة علم النفس التأهيلي في الخمسينيات ما قدمه روجر باركر Roger Barker ورفاقه في جامعة كانساس حيث عملوا على صياغة مجموعة من المبادئ والتي أشاروا إلى أنها «علم النفس الجسمي» Somatopsychology (Barker & Wright,1954) وحدودها بأنها تتعلق بالسيكولوجيا الاجتماعية للبنية الجسمية والسلوك the social psychology of phy-sique and behavior وتتضمن المظهر الجسمي والجهاز العضلي الهيكلي. وعلم النفس الجسمي هذا عند باركر ورفاقه ليس قاصرا على الجوانب السيكولوجية للعجز البدني ولكنه ينطبق أيضا على الأشخاص الذين لا يعانون من أية حالات إعاقة. وبالتالي فإن هذا العمل من جانبهم ينظر إليه على أنه إسهام في مجال علم النفس الاجتماعي وليس في مجال التأهيل على وجه الخصوص.

وفي نفس الخط فإن «تمارا دمبو» و«جلوريا ليفيتون» و «بياتريس رايت» قد ضمّنوا في دراساتهم التفصيلية عن المصابين من الذين كانوا قد تطوعوا في الحرب العالمية الثانية هذه الحالات في مجال أوسع وهو مجال السيكولوجية الاجتماعية وسيكولوجية العلاقات البينية الشخصية. (Dembo, Leviton, Wright, 1957) واتفق مع هؤلاء «لي مايرسون» الذي أصبح معروفا بتطبيقه للمبادئ النظرية الخاصة بتفسير التوافق مع العجز والإصابة في الميدان .(Meyerson, 1955) وكان تفسيره للتوافق مع العجز تفسيرا نسقيا مستوحا أو متشابها مع الأدوات المفاهيمية التي حفل بها علم النفس التوبولوجي لكيرت ليفين.

وقد كانت القيمة الكبرى لهذه الجهود أنها ضمّنت دراسة ردود الفعل للإصابة والعجز ضمن سياقات نظرية أوسع. فباركر اعتبر بحثه وتنظيره كإسهام في علم النفس الاجتماعي. كما أن «رايت» و «دمبو» أيضا لم يحصرا تفسيراتهما وشروحهما لردود الفعل نحو الإعاقة في العوامل الجسمية أو الطبية، بل أدرجا هذه العوامل في سياق ما أسمياه «سوء الحظ» misfortune. وقد يوحي هذا المصطلح بأنه بناء نظري في الشخصية يماثل مصطلح الإحباط Frustration. أما «رايت» بمفردها فقد حددت في موضعين (wright, 1960, wright, 1983) مدخلها في أنه سيكولوجي الطابع بالدرجة الأولى (1960) وأكثر تحديدا في أنه ذو مسحة اجتماعية نفسية (1983).

كما أن «مايرسون» ما لبث أن أدخل إلى الميدان عاملا آخر، فقد تبنى السلوكية الإجرائية operant behaviorism في إعداد مجموعة من التوصيات لتحسين الممارسة التأهيلية. وقد استخدم «مايرسون» مبادئ أحد المداخل العامة في علم النفس لتطوير طرق نوعية وعملية في التقييم والتعلم خاصة بالنسبة للأطفال محدودي القدرات. لقد بدأ عمل مايرسون نظريا ولكنه تقدم من التنظير إلى التطبيق، وقد تبنى مبادئ السلوكية الإجرائية واستخدمها في المساعدة على حل المشكلات القائمة في مجال التأهيل.

ولا ينبغي أن ننسى الإسهامات المبكرة التي قام بها عدد من العلماء المميزين والتي أسهمت في بلورة مجال علم النفس التأهيلي. لأن هذه الإسهامات قد

قدمت نتائج فحوص دقيقة وتفصيلية للعديد من الأفراد المصابين والمعوقين وأصحاب الأمراض المزمنة بكل تعقيداتها ومضاعفاتها ومراحلها. وقد بنى علماء الجيل الثاني من قبل «دمبو» و«ليفتون» و «رايت» على أعمال هؤلاء. ومن علماء الجيل الأول المميزين هؤلاء «كيرت جولد شتين» (Kurt Gold Stein) وتلميذه «مارتن شيرر» (Martin Scheerer). وهما اللذان اهتما بوصف وتحليل سلوك الأفراد على نحو أفاد العلماء والباحثين الذين أتوا بعدهما. وقد أصبحت مشهورة جدا دراسات «جولد شتين» «وشيرر» عن الأفراد الذين يعانون من إصابات في الرأس، وعن نوعية العطب الذي يحدث في الأداء المعرفي نتيجة هذه الإصابات. ومن أعمال جولد شتين التي كان لها بالغ الأثر في المجال كتابه «الكائن العضوي: مدخل كلي إلى علم الحياة معتمد على بيانات مستمدة من المرضى الإنسانيين. وقد نشر هذا الكتاب في الولايات المتحدة عام ١٩٣٩(*).

ولم يحاول كل من «جولد شتين» و «شيرر» أن ينميا اختبارات أحادية البعد، أو أن يكتبا أدلة تستخدم مثل هذه الاختبارات. ولكنهما بدلاً من ذلك حددا مجموعة مبادئ عالية وشاملة وإجراءات عامة يمكن أن يستخدمها الكلينيكي لكي يدرس ويفهم كيف انتهى كل عميل إلى الحال التي هو عليها الآن. إن الكلينيكي يستخدم هذه العملية المكثفة والممتدة من الفحص لكي يصل إلى فهم عميق للعميل، وبدوره سوف يؤدي هذا الفهم إلى بناء طرق وأساليب للوفاء بحاجات العميل الفريدة.

ولسنا في حاجة إلى إيراد المزيد من الأمثلة التي تبين كيف أن الإسهامات المبكرة في علم النفس التأهيلي قد اعتمدت على طرق بحث مرنة وإن كانت تتسم بالحد الأدنى من البناء الجامد، وهي ممثلة في طريقة ودراسة الحالة. ولأن العديد من النظريات المبكرة حول ردود الفعل للإعاقة أو المرض قد اشتقت أو اعتمدت على دراسة الحالة فإنه مما لا يثير الدهشة أنها تتعلق بشكل نمطي بالأفراد أكثر مما ترتبط بالتغيرات الفاعلة في مجموعة المفحوصين.

(*) Gold stein, K. (1939) The Organism: A Holistic Approach to Biology Derived from pathological data in Men. New York; American Book.

وعلى الرغم من أن معظم هذه العمليات داخلية فإن بعضها لديه مصدر في البيئة (عوامل اجتماعية وعوامل بين شخصية). وحتى تأثيرات الحوادث البيئية ترى كعوامل وسيطة وهي تتمثل في وظائف المعرفة والإدراك والأحكام القيمية وتحقيق الذات والانفعالات. ومن الممكن أن نقول ونحن مطمئنين إلى ما نقول أنه في هذه النظريات تكون المحددات القصوى أو الأساسية لردود الفعل أو الاستجابة للإعاقة والمرضى دائما شخصية وفردية.

إن النظريات الحديثة كثيرا ما تسمى «أطر عمل مفاهيمية» (Conceptual Frame work). وهذه الأطر أو النماذج تكاد تقتصر على المتغيرات وليس على الأشخاص، وهدفها هو أن تثير وتحسن البحث في المجال بتنمية مدخلات أكثر فاعلية لإنجاز أهداف العلاج.

واليوم يقر معظم العلماء والدارسين -كما يذكر شونتز- أن التركيز هو على النظريات التي ثبت صحتها أمبيريقيا أو تجريبيا empirically validated. ومصطلح تجريبي أو إمبريقي غالبا ما يفهم بطريقة محددة ليعني «تجريبي» experimental أو شبه تجريبي quasi- experimental أو تنبؤي predictive أو ارتباطي -correlation al أكثر من المعنى الشائع الذي يفهم من مصطلح تجربي) وهو الاعتماد على الملاحظة (relying on observation) أو أنه عمل «موجه بالخبرة» (guided by experience). وكنتيجة لذلك فالبحوث الحديثة تعتمد إلى حد بعيد على الفنيات الكمية مثل التحليل العاملي Factor analysis ومعاملات الانحدار regression equations وتحليل التباين analysis of variance. (Shontz, 2003, 180).

إن الشائع بين الباحثين في كل العلوم أن مناهج البحث وطرقه الشائعة في العلوم الفيزيقية والتكنولوجية والهندسية هي مناهج وطرق دقيقة ومضبوطة، وبالتالي فإن أي علم من العلوم يريد أن يصل إلى معرفة حقيقية يطمئن إليها فعليه أن يتبع المناهج التي تتبعها هذه العلوم، وعلم النفس التأهيلي ليس استثناء من هذا التفكير فقد ظهر فيه من العلماء والباحثين من طالبوا بأن يقترب الباحثون في ميدانه من دراسة مشكلات علمهم بالمناهج التي ثبت صحتها في العلوم الفيزيقية والهندسية والتكنولوجية. وأنهم يكونون على صواب بمقدار اقترابهم من هذه المناهج وهو توجه يتضمن بعض عناصر الصحة لولا أن طبيعة المادة المدروسه

والمشكلات المطلوب مواجهتها تختلف من مجموعة علوم إلى أخرى. وعلم النفس التأهيلي في النهاية يتعامل مع الإنسان ومشكلاته، ويتعامل معه وهو في حالة انكسار وضعف، ويراد -من خلال الجهد الإنساني الذي يبذله فريق التأهيل- مساعدة العميل على استرجاع قدراته وإمكانياته إلى أقصى صورة ممكنة، وهو ميدان كما يظهر له خصوصية ووضع خاص يختلف حتى عن كثير من الميادين الإنسانية والاجتماعية الأخرى.

وهذا بالطبع لا يعني رفض الأساليب التي ثبت نجاحها في علوم أخرى والانغلاق على أسلوب واحد أو طريقة واحدة استخدمها آباء العلم ورواده، بل إن الموقف الصحيح هو الانفتاح على كل الأساليب والطرق والمناهج في كل العلوم ومحاولة الاستفادة منها بما يخدم هدف فهم طبيعة مشكلات البحث المطروحة والتي تسمح بالتالي بدقة التشخيص وبكفاءة الخدمة التأهيلية التي تقدم للعميل أو للمريض. وسيكون لدينا في هذه الحال ما هو أقرب إلى دائرة معارف توحد وتنظم العديد المتباين من موضوعات الاهتمام topics والطرق methods والنتائج findings والنظريات theories.

ومما لاشك فيه أن الوصول إلى مثل هذه الدائرة من المعارف ليس أمرا سهلا أو ميسورا. ولكن في المقابل فإن تنمية مثل هذه الدائرة من المعارف والتي ستمثل إطار عمل منطقي سوف تولد المزيد من الأفكار المثمرة في المجال وتسهم في تحقيق الأهداف العملية للعلم، وهو في حد ذاته هدف يستحق ما يبذل في سبيله من جهد. ويبدو أن بناء مثل هذا المشروع المفاهيمي الكبير يتطلب الاقتناع بقضية أن كل طرق البحث متساوية في القيمة ويمكن أن تسهم في نمو علم النفس التأهيلي بنفس الدرجة. ويترتب على ذلك أن كل الطرق وأساليب البحث ينبغي أن تتضمن في إطار العمل المفاهيمي لعلم النفس التأهيلي وأنه لا ينبغي أن يكون هناك تميز لطريقة أو لأسلوب على حساب الآخر.

ويترتب على تبني المشروع المفاهيمي الذي ينفتح على كل الطرق المنهجية التسليم بقضيتين: الأولى أن الطرق المختلفة في الاستقصاء والبحث قد تسلم أو تنتهي إلى أنواع مختلفة من المعلومات، والثانية أن هذه الطرق تتباين من حيث درجة الضبط فيها وتتراوح عبر طيف يمتد من أكثرها ضبطا إلى الطرف الآخر الذي يتطلب الحد الأدنى من الدقة والصرامة المنهجية.

ويقع في أحد أطراف هذا الطيف أو هذا الترتيب للمنهجية الإسهامات التي تأتي نتيجة الدراسات والبحوث المعملية. وفي ميدان علم النفس التأهيلي فإن هذه الدراسات قد تتضمن الدراسات التجريبية لإدراك الجسم وللقيود الميكانيكية والعصبية التي تفرضها الإعاقة الطبيعية أو الصناعية بحكم التجربة على المهارات المعرفية والادراكية والحركيّة.

والمجموعة التالية من الدراسات قد تفحص التأثيرات على السلوك والتي تحدث بشكل منتظم من قبل القوى البيئية مثل التدعيمات الطارئة التي تحدث في المواقف الطبيعية أو شبه الطبيعية.

والمجموعة التالية في الطيف المنهجي ربما تكون البحث في الإعاقة أو العجز في علاقته بالأنشطة الوظيفية في الحياة اليومية. علما بأن هذا النمط من المعلومات والمعرفة سوف يستخدم بلا شك -وعلى نطاق كبير- في تحسين تصميم المنازل والمدارس والورش وأماكن العمل بصفة عامة.

والخطوة التالية ربما كانت البحث الذي يربط التحكم المباشر للحالات مع التوافقات الإحصائية Statistical adjustments للمتغيرات التي يمكن أن تقاس ولكن لا تضبط بشكل مباشر (التغايرات) ويتبع ذلك صور أخرى من البحث شبه التجريبي والذي تحدث فيه على نحو طبيعي مواقف تكون بديلة للتحكم المباشر.

والمجموعة التالية في الخط أو في الطيف المنهجي هي التقييمات لمجموعة مفردة عولجت بتدخلات كلينيكية والتي تقارن بين القياسات التي تمت قبل بدء العلاج والقياسات التي حصلنا عليها بعد العلاج لحالة العميل. والخطوة التالية ربما تكون البحث الذي يضبط ويوفق المتغيرات كل منها على حدة بوسائل التحليل الترابطي Correlational analysis. وهذا البحث قد يضم مدى عريضا من الدراسات التي تتعدد فيها المتغيرات multivariate بما فيها اختبار الفروض بوسائل المعادلات البنائية Structural equations والدراسات الاستكشافية exploratory studies التي تستخدم التحليل العاملي faclor analysis وبحث التنبؤ غير النظري أو الاكتواري (actuarial).

وأخيرا يقع في نهاية هذا الطيف المنهجي الطرق الإثنوجرافية ethnographic methods وإسهامات دراسات الحالة المفصلة للأفراد مثل تلك التي أجراها كل من «دمبو» و«ليفتون» و «رايت» والتي نشرت عام ١٩٥٦ .

وكما ذكرنا سابقا فإن محاولة تطبيق أو استخدام هذا الإطار المفاهيمي سيجبر الفرد على أن يفكر من زاوية العلاقة بين أنماط المعلومات المتحصل عليها والطرق المختلفة والمتباينة التي استخدمت في البحث والحصول عليها. كما أنها توسع المنظور وتشجع الباحثين على أن يفكروا خارج حدود الصيغ المنهجية التي اعتادوا أن يؤكدوا أهميتها وصلاحيتها. أن هدف مثل هذا الإطار المفاهيمي الموسوعي حينئذ ليس فقط أن يقدم نظرة شاملة لما تم إنجازه بالفعل ولكن أن يكشف عن الفجوات في المعرفة والمعلومات المتاحة حتى يمكن العمل على ملئها في البحوث والدراسات في المستقبل. وهذه الفكرة تستحق الجهد المبذول فيها حتى ولو استخدمت كوسيلة للاستبصار فقط .

لقد كتب كل من «ليفني» (Livneh) و «انتوناك» (Antonak) كتابا عن «التكيف النفسي للإعاقة والمرض المزمن(*) عرضا فيه لأكثر النظريات حداثة وشمولا فيما يتعلق بالاستجابات وردود الفعل للإعاقة والأمراض المزمنة. وأوضحا فيه الفرق بين التوجيهات النظرية المبكرة التي ظهرت في بدايات علم النفس التأهيلي والنظريات الأحدث والتي ظهرت فيما بعد. وفي مدخلهم المفاهيمي عرضا لأربع مجموعات من المتغيرات وهي المتغيرات التي ترتبط بالإعاقة أو العجز disability وتلك التي ترتبط بالجوانب الاجتماعية -الديموجرافية Social- Demo-graphic وتلك التي ترتبط بصفات الشخصية Personality attributes وتلك التي ترتبط بالبيئة المادية والاجتماعية Physical- Social environment. وقد اقترحا أيضا تنقية هذا المدخل وتحسينه في دراسة هذه المتغيرات وذلك بالاستفادة من الأساليب الإحصائية مثل الأساليب التي تحدد المتغيرات الكائنة في تحليل البيانات والدراسات الطولية.

(*) Livenh,H. & Antonak, R. (1997). Psychological Adaptation to Chronic Illness and Disability, Gaithersburg, MD. Aspen.

ويرى كثير من الباحثين أن لهذا المدخل الذي يقترحه كتاب ليفني وانتوناك قيمة كبيرة لأنه لا يرى ضرورة دراسة الأفراد كما هم بل بدلا من ذلك فإنه يقترح دراسة الأفراد على نحو متكامل من زاوية المتغيرات التي يهتم بها علم النفس التأهيلي وسوف يكون للدراسة قيمة أفضل وأحسن لأنها ستمكن كلا من العلماء والممارسين في الميدان أن يتذكروا مرة أخرى أن عملية التأهيل تتم دائما لمريض واحد في كل مرة؛ لأن هذه القضية الواضحة تنسى بسهولة ويكون هم كل أخصائي في فريق التأهيل أن يؤكد على أهمية تخصصه وبالتالي يرغب في أن يؤثر على بقية الفريق وأن يميل بالإجراءات والممارسة نحو تخصصه بدرجة أكبر.

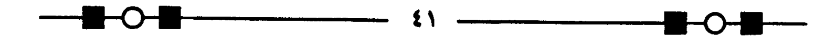
وهناك ملمح منهجي مميز لعلم النفس التأهيلي وإن كان ذا طابع عملي يخص الممارسة بالدرجة الأولى ألا وهو الممارسة ضمن فريق عمل (team work). فالأخصائي النفسي العامل في مجال التأهيل لا يعمل بمفرده، بل هو يمارس عمله ضمن فريق يضم العديد من التخصصات ذات العلاقة بمشكلة العميل. ورغم أن الأخصائي النفسي في الميادين الأخرى يمكن أن يعمل ضمن فريق أيضا، إلا أنه يمكن أن يؤدي عمله على نحو أكثر استقلالا عن الآخرين، في حين أن الأخصائي النفسي العامل في مجال التأهيل لا يمكن تصور أن يعمل بمفرده أبدا وإلا كنا نتصور رجلا يصفق بيد واحدة.

والعمل ضمن فريق دائما يفرض مناخا أو أوضاعا معينة في الممارسة تختلف عن الممارسة التي يمكن أن يقوم بها من يعمل بمفرده أو على نحو أكثر استقلالا. ومما لاشك فيه أن العمل في فريق له مزاياه العديدة إضافة إلى حتمية ممارسته التي تفرضها طبيعة المشكلة التي يعاني منها العميل، كما قد يكون له بعض القيود في العمل أو الأوضاع التي قد يتضايق منها الأخصائي النفسي. ولكن على الأخصائي النفسي أن يستفيد من روح الجماعة في العمل التي يتيحها العمل في فريق إلى أقصى درجة ممكنة لأنه لن يحقق أهدافه مع العميل إلا من خلال أعمال الأخصائيين الآخرين ونتائج أعمالهم.

القسم الرابع

تطور مجال التأهيل

يعتبر تاريخ التأهيل تاريخا قصيرا نسبيا، وقد ارتبط بالحروب والنزاعات المسلحة التي حدثت على نطاق واسع، والتي أسفرت عن وجود أعداد كبيرة من



الشباب المعوقين سواء من الجنود المحترفين أو من الشباب المتطوعين في الحرب. وقد حظى التأهيل باهتمام متزايد بعد الحرب العالمية الأولى، ولكن تحسنا أكبر حدث في خدمات التأهيل خلال وبعد الحرب العالمية الثانية عندما زاد الاهتمام بخدمات التأهيل.

فقبل الحرب العالمية الثانية كان التأهيل يقتصر على تمكين الفرد من المشي ومن أداء الأنشطة التي لا تحتاج إلى مجهود كبير. أما خلال الحرب الثانية وبعدها فقد تمكن أحد الأطباء النفسيين ويدعى «هوارد راسك» (Howard Rusk) من البرهنة على أن برامج التأهيل المكثف بما فيه المشي المبكر بعد الجراحة والأنشطة الترويحية المتنوعة والمتفاوتة الشدة وبرامج الدعم النفسي تؤدي إلى شفاء أفضل لعدد من الاضطرابات (Frank, 1999, 37).

ومن مظاهر التقدم الذي حدث في مجال التأهيل بعد الحرب العالمية الثانية أنه قد تم تكييف برامج التأهيل لاستخدامها في جميع القطاعات العسكرية. وكما طبقت نماذج تأهيل أكثر تقدما وبشكل متزايد في حالات الإعاقة الأكثر شدة. وقد استخدمت هذه البرامج في مواجهة الأعراض والأمراض التي زاد انتشارها بعد الحرب العالمية الثانية مثل الشلل الطفلي أو شلل الأطفال Poliomyelitis. وقد أدى التقدم الذي تحقق في مجال الطب والتأهيل الجسمي إلى تثبيت أسس هذا الميدان التخصصي الجديد.

وقد أدت التغيرات التي حدثت في مجال العوامل الديموجرافية وفي مجال العلاجات الطبية ومجال السياسة العامة إلى إيجاد مجموعة كبيرة من الأفراد المعوقين الذين يحتاجون إلى تأهيل. وسنتخذ مما حدث في الولايات المتحدة الأمريكية من تطور في خدمات التأهيل نموذجا ودليلا على ما حدث في مجال التأهيل بصفة عامة- ومما حدث أيضا في البلاد الأخرى وإن كان بدرجة أقل- وذلك لتوافر البيانات في حالة الولايات المتحدة أكثر من غيرها.

ففي الولايات المتحدة ٣٢ مليون شخص يعانون من بعض أشكال الإعاقة، ١٢ مليونا منهم من المصابين بإعاقات حادة. وقد ازداد عدد المعوقين من ٣,٧ مليونا عام ١٩٥٩ إلى ٨,٢ مليونا عام ١٩٨٤. أي أن العدد قد تضاعف مرة وربع في ربع قرن من الزمان، ومما لاشك فيه أن هذه الزيادة تعكس داخلها الزيادة

في نسبة عدد المسنين نتيجة لارتفاع المستوى الصحي ولزيادة متوسط العمر والذي يحدث في مختلف أنحاء العالم. ومن الجدير بالذكر أن عدد المصابين بإعاقات حادة في سن يتراوح بين ١٢-٤٤ سنة -أي سن العمل والإنتاج- قد ازداد بنسبة ٤٠٠٪. ومن الأرقام ذات الدلالة في هذه الإحصاءات أن ٢٪ - ٤٪ من سكان الولايات المتحدة الأمريكية سيعانون سنويا من الإصابة بالسكتة الدماغية أو أمراض القلب والرئتين والإصابات الصارمة والأمراض العضلية الهيكلية وأمراض الخلل العصبي أو الأمراض المزمنة مثل السكر والسرطان والشلل.

وقد زاد عدد أسرة التأهيل الطبي خلال السنوات الخمس الماضية (١٩٩٧-٢٠٠٢) في مستشفيات الرعاية بنسبة ٤٦٪ ويوجد الآن من ٢٠ ألفا إلى ٢٥ ألف سرير في ٥٠٠ إلى ٦٠٠ وحدة تخصص في الرعاية. ويتوقع خلال السنوات الخمس القادمة أن ينمو مجال التأهيل بما نسبته ١٨٪ سنويا مع تزايد أعداد أسرة التأهيل من ١٤ ألفا إلى ١٥ ألف سرير سنويا (Frank, R. & Elliot, T. 2002,4).

وبالرغم من أن أكبر نمو لمهنة التأهيل -بحكم طبيعة المهنة ومقتضياتها حدث في برامج الإقامة الداخلية في المستشفيات، إلا أن برامج التأهيل التي تنفذ في إطار العيادات الخارجية الشاملة-(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities (CORF,S) وقد نمت أيضا واتسع نطاق خدماتها.

ومما لاشك فيه أن من بين العوامل التي عززت نمو خدمات التأهيل واتساعها إدراك المديرين في قطاع الأعمال بأن الإعاقات قد تنطوي على تكاليف أعلى من تكاليف العلاج والتأهيل إذ إن نسبة العاملين الذين يتغيبون عن العمل بسبب الإصابة أو المرض تبلغ ٤٪ يوميا في المتوسط وبتكلفة تصل إلى ٧ بلايين دولار سنويا. ويتكفل بالغالبية العظمى من برامج التأمين الصحي الخاص بالولايات المتحدة (٩٠٪) أصحاب العمل أنفسهم. وتعادل تكلفة برامج التأمين الصحي حوالي ١٠٪ من كمية مجموع الرواتب. وقد قدرت إحدى الدراسات أنه في مقابل كل دولار ينفق على الخدمات التأهيلية يتم توفير عشرة دولارات من النفقات الأخرى مثل نفقات العلاج الطبي وتكلفة الإعاقات في المستقبل.
(Frank, R. & Elliot, T. 2002, 5)

ويعتبر برنامج الرعاية الطبية (ميديكير Medicare) الجهة الرئيسية الممولة لخدمات التأهيل بالولايات المتحدة الأمريكية، بالرغم من أنه يخصص ٧٠٪ من

هذا التمويل لتغطية نفقات نقل الأعضاء التعويضية وخدمات الجراحات الميكروسكوبية والعمليات الأخرى عالية التقنية، وتدفع الـ ٣٠٪ الباقية من موازنة البرنامج للخدمات الأخرى.

ويقدم برنامج الرعاية الطبية حوالي ٤٠٪ من نفقات المريض المقيم inpatient وحوالي ٢٤٪ من نفقات المريض الخارجي out patient وذلك من المجموع الكلي لتكلفة التأهيل في المستشفيات المتخصصة المستقلة. وقد أوجدت الوكالة التمويلية للرعاية الصحية the Health care Financing Agency (HCFA) التي تتولى الإشراف على برنامج الرعاية الطبية (Medicare) معايير تشجع على إنشاء وحدات تأهيل جديدة بدلا من تحويل الأسرة الموجودة بالمستشفيات بهدف استخدامها لخدمات التأهيل.

وللحصول على خدمات برنامج الرعاية الطبية للتأهيل يجب أن يكون المريض أو الفرد ضمن واحدة من الفئات التشخيصية الآتية:

* حادثة إصابة دماغية داخلية.
* إصابة النخاع الشوكي أو العمود الفقري.
* التشوهات الخلقية.
* الأطراف المبتورة.
* الإصابات الصادمة بما فيها إصابات الدماغ.
* حالات كسر عظام الفخذ.
* شلل الأطفال.
* الاضطرابات العصبية.
* الحروق.

وتشكل المؤسسات الإيداعية للمسنين Nursing Homes إحدى الفئات التابعة للخدمات التي تقدم بعد العلاج وذلك في حالات التأهيل الحادة Pest acute Reha- bilitation Facilities. ويتلقى المرضى الذين يتصفون بأوضاع طبية مستقرة والمحتاجون إلى نوعية مميزة من الخدمات المتخصصة رعاية طويلة الأمد من خلال تسهيلات إيداعية متمرسة للمسنين Skilled Nursing Facilities (SNF) في حين

تقدم تسـهيلات الرعـاية الوسيطة Intermediate Care Facilities (ICF) خدمات رعاية منتظمة لا تتمتع بنفس المستوى المهني، حـيث يوجد تباين كبير بين الخدمات التي تقدمها كل منهما.

القسم الخامس

علم النفس التأهيلي والعلاج الطبيعي

يهتم العلاج الـطبيعي Physiotherapy بخدمات الوقـاية والفحص والعلاج والتأهيل لحـالات الاضطرابات الحركية. هـذه الاضطرابات الحركية التي قـد تحدد الطاقة الحركيـة للفرد أو تهدرها. ويعتبر تطور الأسـاليب والطرق الخاصة بالعلاج الطبيعي والجوانب النوعية لهذه الخدمـات (خدمات العلاج الطبيعي). وكذلك فإن عمليـات تقييم الخـدمات جميـعها تحـسب أجزاء متكاملة وتمثل لب عـمل المعالج الطبيعي Physiotherapist.

وعلى هذا تستند الـتدخلات التي تهـدف إلى الوقاية والتأهيل إلى عـمليات تقييم وتحليل لطاقـة الفرد الحركية والتي قد تتضـرر على نحو أو آخر، والمشكلات التي تنتج عن هذا التـضرر، وبالتالي تحـتاج إلى خدمـات العلاج الطبـيعي ترتبط بالعوامل النفسية والعـوامل الاجتماعية بالإضافة إلى الجـوانب البيئية ذات الصلة. ويعتـبر المعالج الطبيـعي المريض شريكا نشطا. ولذلك فإن اسـتراتيجيـات التدخل والعلاج والتـعلم تهدف إلى جـعل الفرد أو المريض واعـيا بإمكانياتـه الجسمـية، وبالتالي تسعى إلى تحسين قـدرة الفرد على التعامل ومواجهة مطالب الحـياة اليومية بهذه الإمكانيات.

وتشمل خدمات العلاج الطبيعي جميع الأعمار وتغطي مساحة واسعة تشمل مختلف الاضطرابات الوظيفيـة في الجهاز الهيكلي العضلي The Muscle Skeletal System والجهـاز العصـبي المركزي Central Nervous System والجهاز العـصبي المحيطي Prepheral Nervous System والجـهاز التنفـسي Respiratory System والجهاز الدوري Circulatory System كما أنهـا تركز على السياق الجـسم نفسي Psychosomatic context والسياق الطب نفسي Psychiatric context الذي تحدث ضمنه الإعاقة أو الإصابة.

وتورد «ناديا الليز» Nadia Ellis تعريفا للعلاج الطبيعي بأنه «طريقة منظمة لتقييم اضطرابات وظائف الهيكلية العضلية والأوعية الدموية القلبية واضطرابات الجهاز العصبي المركزي والجهاز التنفسي بما فيها الآلام الناتجة عن أصل جسمي نفسي، وأيضا التعامل مع/ أو من أجل الوقاية من هذه المشكلات، وذلك بطرق طبيعية مبنية أصلا على الحركة والقوة الجسمية والعلاج اليدوي. وتذكر الليز أن منهاج الدراسة الجامعية في مهنة العلاج الطبيعي يضم جوانب نظرية وجوانب عملية في علم التشريح Anatomy ووظائف الأعضاء Physiology وعلم العمل Ergonomics (العلم الذي يهتم بالمطابقة بين العمل والعامل) والحركة Movement والميكانيكا الكهربية Electro-Mechanics وعلم النفس العام general psychology. (Ellis, N. 2001)

ويمكن أن يضاف إلى التخصصات السابقة أيضا علم النفس الهندسي Engineering Psychology والتخصصات العملية الدقيقة مثل التحريك اليدوي للمفاصل Manual Mobilization of Joints والوخز بالإبر Acupuncture وتقويم الأعضاء وتجبيرها Orthopaedics.

ومما لاشك فيه أن النجاح في القيام بهذه المهام من جانب المعالج الطبيعي يتطلب قيام علاقة حميمة بين المعالج والمريض قوامها التفاهم الودي والثقة المتبادلة، ومعرفة المعالج لأسلوب حياة المريض وطموحاته ومشكلاته الخاصة، والوقوف على الصعوبات التي يلاقيها والتي حدثت نتيجة إعاقته أو إصابته، وأن يتوافر من جانب المريض قناعة بخبرة المعالج وقدرته على مساعدته ورغبته الصادقة في ذلك. وهذا هو الباب العريض الذي تتأكد من خلاله العلاقة الوثيقة بين علم النفس التأهيلي والعلاج الطبيعي، باعتبار أن علم النفس التأهيلي يهتم بكل العوامل والمتغيرات النفسية (الداخلية) والاجتماعية المحيطة بالمريض الذي يخضع لعملية التأهيل.

القسم السادس
علم النفس التأهيلي والإعاقات

يعتبر التأهيل النفسي لذوي الإعاقات من أسرع الميادين تطورا في مجال الرعاية الصحية. وقد تبلور هذا التطور بشكل خاص في مجال الإصابات الدماغية الصادمة Traumatic Brain Injuries. ويعود هذا التطور إلى بعض العوامل وعلى رأسها العاملان الآتيان:



١- التقدم الذي حدث في متوسط أعمار الأفراد ودخول أعداد كبيرة منهم المرحلة التي تدعى «بالمرحلة الرمادية». (Grey Stage) ويلاحظ أن الكثيرين من أفراد هذه الفئة يعانون من أحوال صحية مزمنة يستلزم العديد منها التدخل التأهيلي.

٢- التقدم الذي حدث في مستوى الخدمة الطبية وبصورة خاصة للحالات الصادمة مما أدى إلى وجود أعداد كبيرة من الذين نجوا من الحوادث والإصابات. وقد استفاد هؤلاء الناجون من التقدم التكنولوجي في الخدمات الطبية، والتي تضمن أيضا -مع المحافظة على الحياة- تطويره لمطلب تأهيل ورعاية طويلة الأمد وإن كانت عالية التكلفة حتى الآن.

وعلى الرغم من أن الخيارات العلاجية وأنظمة الدعم المتاحة لمواجهة المشكلات الفريدة من نوعها والتي تظهر لدى الأفراد الناجين من الإصابات الصادمة، إلا أن أخصائيي التأهيل حاولوا القيام بتغطية الفجوات الموجودة في نظام الرعاية اللاحقة Post-care System.

وفي الولايات المتحدة قام الكونجرس الأمريكي عام ١٩٨٣ بإجراء تعديل لبنود نظام الضمان الاجتماعي من أجل توفير نظام دفع مقدما يشمل مجموعة كبيرة من التشخيصات (٤٦٧ تشخيصا) أطلق عليها المجموعة المرتبطة بالتشخيص Diagnostic. Related Group (DRG). ويدفع للمستشفيات ضمن نظام الدفع مقدما مقابل نقدي ثابت ومحدد سلفا لكل حالة تتلقى العلاج الطبي داخل المستشفيات بموجب برنامج الرعاية الطبية الذي سبق الإشارة إليه والمعروف «بالميديكير» (Medicare) استنادا إلى تشخيص الحالة المرضية للمريض.

وقد استثنيت من هذا البرنامج (برنامج الدفع مقدما) وحدات التأهيل المستقلة ووحدات الطب العقلي وطب الأطفال ووحدات التأهيل المستقلة داخل المستشفيات لعدم توافر معلومات كافية لوضع تصنيفات للمجموعة المرتبطة بالتشخيص. وقد أدى هذا الاستثناء إلى نمو كبير وملحوظ في برامج التأهيل.

القسم السابع

دور التشريعات في تطور خدمات علم النفس التأهيلي

إن التشريعات والقوانين المنظمة للعمل في مجال التأهيل كان لها فضل كبير في تمهيد الطريق أمام علم النفس التأهيلي ليقدم خدماته الميدانية في هذا المجال. وبفضل هذه القوانين اسهم علم النفس التأهيلي في صناعة وتطور مهنة التأهيل. ففي الولايات المتحدة كان للتشريعات التي صدرت في الثلاثين عاما الأخيرة (١٩٧٥-٢٠٠٥) دور كبير في إتاحة الفرصة للأخصائيين النفسيين ليقوموا بالدور المنوط بهم في فريق التأهيل.

ولأن الأخصائيين النفسيين يحتلون موقفا فريدا في الفريق التأهيلي فمن المحتمل تحقيق شراكة إيجابية وفعالة بينهم وبين التخصصات الأخرى إذا ما توافر التفهم والتشجيع من قبل أعضاء التخصصات الأخرى خاصة الأطباء. والذي أتاح الفرصة أمام الأخصائيين النفسيين للدخول بقوة إلى مجال التأهيل هو صدور قانونين هامين هما:

• القانون الأول:

وهو قانون التأهيل لعام ١٩٧٣ . Act of Rehabilitation 1973

وقد كان لهذا القانون أثر كبير على برامج التأهيل بكافة أنواعها ومن ضمنها التأهيل الجسمي Physical Rehabilitation. وقد أكد هذا القانون أيضا على أهمية الناتج الوظيفي أو الموجه نحو الهدف Oriented outcome- Functional Goal. وعلى العكس من برنامجي الميديكير Medicare والميديكيد Medicaid الخاضعين لقانون الضمان الاجتماعي فإن قانون التأهيل قد أكد على المنهج التعويضي والشفائي ومنهج العمل التعاوني ما بين الأنظمة المختلفة المقدمة للخدمات الطبية من أجل حل المشكلة القائمة، حيث حث الممارسين من كل تخصص وشجعهم على توظيف أقصى طاقاتهم إلى أبعد حد ممكن. ولا يوجد ضمن هذا القانون أية متطلبات فيدرالية للإشراف الطبي.

وقد كان القانون شاملا في جميع أبعاده. حيث دعا إلى مشاركة الأخصائيين النفسيين في كل من عمليات التشخيص والتقييم للعوامل ذات الصلة الطبية والعقلية والنفسية المرتبطة بإعاقات الأشخاص وقدراتهم والتي من شأنها مساعدة



المرضى في العودة إلى أعـمالهم ثانية. وقـد تناول القانون أيضا القـيود الوظيفـية Functional Limitations للمعـوقين بصورة شاملة بدلا من تناولهـا بشكل خاص طبقا لوحدات الأمراض المختلفة. وقد تم تعديل هذا القانون في عام ١٩٨٨، وقد عادت هذه التـعديلات التي أدخلت على القانون بفـائدة إضافية على الأخـصائيين النفسيين وذلك للتوسع الكبير في مـفهوم الإعاقة الذي تبناه القانون، والذي أصبح بموجبه يدخل عدد كبير من الفئات في إطار من يـستحقون تلقي الخدمات التأهيلية النفسيـة التي يقوم بها الأخصائيون التـأهيليون النفسيون. وقـد صيغ القانون على نحو يجعل من الأخصائيين النفسيين في مجال التأهيل مسئولين أساسيين عن نواتج عمليتي التأهيل والتدريب وعوائدهما.

• القانون الثاني:

وهو قانون التعليم لكل المعوقين الصادر عام ١٩٧٥

Act of Education for All Handicapped, 1975

ولقد كان لصـدور هذا القانون الأثر الفعال في إبراز الحاجـة للخدمات التي يقوم بها أخصائيـو التأهيل النفسيون. فقد أكد هذا القـانون الخاص بحوالي ثمانية مليون طفل (في الولايات المتحدة في مطلع القرن الواحد والعشرين) الذين يعانون من إعاقات مـختلفة على أهمية المنهج التعـاوني الشامل. وقد اعتبر الأخـصائيون النفسيـون أنهم حجر الزاوية والركيـزة الطبية الأساسـية فيما يتـعلق بتأمين المدخل الأساسي للتقييم والعلاج المقدم للأطفال المعوقين.

وقد انطوى هذان الـقانونان على قضـيتين أسـاسيتين بالنسـبة للأخـصائيين النفسيين:

القضية الأولى: أن كلا القانونين قد أكد على الناتج الوظيفي Functional Outcome بدلا من التأكـيد على الناتج ذى التوجـه التشخـيصي أو الطبي، والذي يسـم برامج الميـديكيـر Medicare والميـديكيـد Medicaid. ومما لاشك فيه أن نماذج العـلاج المبنية على أساس الناتج الوظيفي أكثـر انفتاحا على علم النفس والاسـتفادة منه. كما أنها تقدم مجالا خصبا قابلا للتطبيقات العملية التي يستطيع الأخصائيون النفسيون إظهار كفاءاتهم وقدراتهم المهنية فيها.

القضية الثانية، وتترتب على القضية الأولى، باعتبار أن القانونين يركزان على الناتج الوظيفي فإن هناك تأكيدا على مشاركة جميع القائمين على تقديم الخدمة الطبية وما ينبثق منها وما تتضمنه من خدمات، وبشكل خاص الخدمات النفسية التي يفيد منها العملاء والمرضى، علما بأن المرضى يرحبون بهذه الخدمات إلى حد كبير لأنها ترتبط بمعنوياتهم وبنظرتهم إلى الحياة والمستقبل وإلى أنفسهم وبتعليمهم العادات الصحية والسلوكية التي تناسب أوضاعهم بعد الإصابة أو الإعاقة. وعلى رأس هذا كله تبنى فلسفة ووجهة نظر تساعد المريض أو العميل على تحقيق المزيد مع التوافق مع ذاته ومع المحيط الذي يعيش فيه سواء المحيط المادي أو المحيط الاجتماعي.

ويصرح كل من «فرانك»، «جلوك»، «بكلو» بوضوح أنه بصدور هذين القانونين-واللذان وضعا خصيصا للمعوقين- قد توفرت الفرص الكاملة والواضحة للأخصائيين النفسيين في مجالات تأهيل المعوقين. ويذكرون أن الأخصائيين النفسيين قد كافحوا كثيرا لإثبات دورهم في العديد من المجالات. ولتحقيق مشاركة عادلة مع التخصصات الأخرى إلا أنهم في مجال التأهيل أصبحوا وبشكل قانوني شركاء كاملين (Frank, Gluck& Buckeleu, 1990,760)

القسم الثامن

عوامل تبلور دور علم النفس التأهيلي في مجال الرعاية الصحية

يشير «فرانك»، «أيليوت» Frank & Elliot إلى أسباب رئيسية ثلاثة مهدت في نظرهما لعلم النفس التأهيلي أن يحتل مكانه في مجال الرعاية الصحية المتطورة وهي:

أ- أن غالبية نفقات الرعاية الصحية مرتبطة برعاية الأمراض المزمنة والإعاقات وإداراتها في المراحل الصعبة للرعاية المتعلقة بهذه الحالات. ويوجد في كل من أنظمة الرعاية الصحية الحكومية والخاصة تأكيد متزايد على تقليص النفقات وعلى الحاجة إلى احتواء ومعالجة الحالات المزمنة وأعراضها بأسلوب نفقات فعال واقتصادي في نفس الوقت.

ويبدو الأخصائيون التأهليون النفسيون أكثر معرفة ومراسا في تحديد حاجات وقضايا الأشخاص المصابين بهذه الإعاقات. ولربما كانوا أكثر دراية من الأخصائيين النفسيين العاملين في المجالات الأخرى.

ب- يؤكد الأخصائي التأهيلي النفسي في عمله على الرعاية الأولية وبرامج الوقاية الأولية والقانونية، والمناهج متعددة التخصصات والذي ينسجم مع الأبحاث العلمية والاهتمامات العملية. هذا، وقد عمل علم النفس التأهيلي جنبا إلى جنب مع المهن والتخصصات الأخرى كمهن: الطب والتمريض والتربية لمعالجة الشئون المختلفة الصحية والاجتماعية المتعلقة بالمعوقين، وقد رسخت هذه العلاقات في المؤسسات المتخصصة المتعددة المهن. وقد مكنت ممارسة الأخصائيين التأهيليين علم النفس التأهيلي من أن يحتل مكانه بين التخصصات الأخرى في الفريق التأهيلي عن طريق ما يأتي:

- احتل الأخصائيون التأهيليون في هذه التنظيمات أدوارا قيادية رئيسية.
- أظهر الأخصائيون التأهيليون خبرة عميقة وعريضة بالمجال واستخدموا هذه الخبرة كذلك في مجال البحوث التي مولتها الجهات الفيدرالية خاصة ما كان يتعلق بالمعوقين.
- تولى أخصائيو التأهيل أدوارا مماثلة قائمة على التعاون مع هذه المؤسسات لتطوير ممارسة عيادية طبية متعددة التخصصات.
- أظهر أخصائيو التأهيل اهتماما بالغا ومشاركة نشطة في عملية وضع السياسة الصحية العامة.

وتعتبر هذه الأنشطة مجتمعة سببا في رفع شأن علم النفس التأهيلي وتأكيد مكانته بين العلوم المشاركة في عملية التأهيل خاصة فيما يتعلق بتوزيع الموارد وتوفير التمويل للأبحاث. كما أن هذه الأنشطة تعتبر قاعدة للأخصائيين النفسيين من أجل تزويد أنظمة الرعاية الصحية بنماذج الرعاية السلوكية الصحية القائمة على أساس نتائج البحوث.

ح/ يجسد علم النفس التـأهيلي - لكونه يتميز بإنجازاته في مـجال البحوث والممارسة العملية- انبثاق ونشوء علم النفس المحترف من خلال التخصص الصحي أكثر مما يقوم بـه في المجال المزدحم لمهنة الصحة النفسيـة، حيث يقوم علم النفس التأهيلي بدور الرائد والنموذج بين الخدمات النفسـية في المجالات الأخرى وباعتبار هذا الدور دورا مميزا وواضحا وحيويا ومطلوبا بإقرار الجميع.

(Frank, R. & Elliot, T. 2002, 5-6)

☺☺☺☺☺☺

مراجع الفصل الأول

١- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٩٢) معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الخامس، دار النهضة العربية، القاهرة.

٢- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٩٥) معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء السابع، دار النهضة العربية، القاهرة.

3. Barker, R. and Wright, B. (1954): Disablement: The Somatopsychological problem. In E.D. Wittkower & R.A.Cleghorn (Eds). Recent development in psychosomatic medicine (pp. 419-435). Philadelphia: Lippincott.

4. Coleman, J. and Butcher, J. and Carson, R. (1984): Abnormal Psychology and Modern Life, (7th) Scott, Foresman and Company.

5. Combs, A. (1986): What makes a good hleper? A Person-Centered Approach. Person. Centered Review, 1(1), 51-61.

6. Dembo, T. Leviton, G. and Wright, B. (1956): Adjustment to misfortune. A Problem of social psychological rehabilitation. Artifical Limbs, 3 (2) 4-62.

7. Ellis and Nadia (2001): Physiotherapy Today, Psoitive Health Publication Ltd.

8. Frank, R. (1999): Rehabilitation Psychology. We Zigged When we have zagged. Rehabilitation Psychology, 44, 36-51.

9. Frank, R. Gluck, J. and Buckelew, S. (1990): American Psychologist. Vol. 45, No. 6. pp. 757-761.



10. Frank, R. Elliot, T. (2000): Rehabilitation Psychology: Hope for a psychology of chronic conditions? (in R. Franks T. Elliot (Eds) Handbook of rehabilitation psychology (pp. 3-8. Washigton, DC: A.P.A.

11. Goldstein, K. (1939): The Organism: A Holistic Approach to Biology Derived from Pathological Data in Men. New York, American Book.

12. Kortte, K. and Wegener, S. (2004): Denial of illness in medical Rehabilitation Populations: Theory, Research and Definition. Rehabilitation Psychology, Vol. 49, No. 3, 187-199.

13. Livneh, H. and Antonak, R. (1997): Psychosocial adaptation to chronic illness and disability. Gaithersburg, MD: Aspen.

14. Meyerson, L. (1955): Somatopsychology of Physical disability in W.M. Cruick Shank (Ed.), Psychology of exceptional children, and youth (3rd ed. pp. 1-74). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

15. Nierenberg, B. (2000): Is Rehabilitation psychology in need of rehabilitation? Rehabilitation Psychology. Vol. 45, No. 2, 107-111.

16. Shontz, F. (2003): Rehabilitation Psychology, Then and Now. RCB 46:3 pp 126-181.

17. Wolman, B. (1970): The Families of Schizophrenics Patients. Acta Psychotherapy, 9, 193-110.



18. Wright, B. (Ed.) (1959): Psychology and Rehabilitation: The proceedings of an institute on the roles of psychologists in rehabilitation held at Princeton, N.J. February 3-7, 1958: Washington, DC: American Psychological Association.

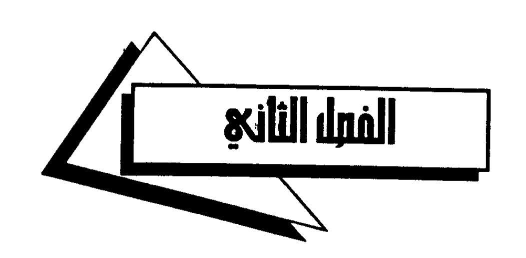
19. Wright, B. (1960): Physical disability. Apsychological approach: NewYork: Harper and Row.

20. Wright, B. (1983): Physical disability. A psychosocial approach: New York: Harper and Row.

☺☺☺☺☺☺

الباب الثاني

المنطلقات النظرية في علم النفس التأهيلي



أثر العوامل النفسية في الاستجابة للإعاقة والمرض

-المحددات العامة للسلوك والشخصية.

-علم النفس والخدمات الصحية.

علم نفس الصحة

تحسين الصحة وتعديل العادات غير الصحية

-العوامل النفسية التي تلعب دورا في التعرض للمرض والاستجابة له

نمط الشخصية واستعدادها للمرض

العوامل العرفية في الصحة والمرض

الضغوط والمرض

عوامل المواجهة

عدم ثبات الهدف



■ ○ أثر العوامل النفسية في الاستجابة للإعاقة والمرض ○ ■

القسم الأول

المحددات العامة للسلوك والشخصية

يتحكم في السلوك وفي بناء الشخصية عامة مجموعتان من العوامل. المجموعة الأولى وهي المجموعة البيولوجية، وعلى رأسها الوراثة وبعض العوامل الأخرى مثل نقص الأكسجين والاضطراب الغدى وأمراض الجهاز العصبي والتسمم والأمصال والعقاقير واضطراب عملية الأيض.

أما المجموعة الثانية فتشمل عمليات التعلم التي سبقت حياة الفرد، والبيئة النفسية الاجتماعية التي أحاطت بالطفل منذ نشأته، ممثلة في شبكة العلاقات الاجتماعية في الأسرة وفي المدرسة وبين جماعة الرفاق، كما تشمل هذه المجموعة أيضا المحيط الثقافي العام الذي نشأ في ظله الفرد.

وتتقاسم هاتان المجموعتان تشكيل سلوك الفرد وشخصيته، بمعنى أن السلوك والشخصية هنا نتيجة التفاعل بين هاتين المجموعتين من العوامل. ولما كانت العوامل البيولوجية غير الوراثية قليلة الحدوث، وتدخل في باب الظواهر غير الطبيعية أو غير العادية. فإن الحديث عن العوامل البيولوجية أو الولادية يشير في معظمه- خاصة في حالة الأفراد الأصحاء- إلى المتغيرات الوراثية التي تعني انتقال صفات معينة أو استعدادات خاصة من الوالدين وأصولهما إلى الطفل. وعلى هذا نجد التقابل بين الوراثة والبيئة وعوامل كل منهما هي الصيغة الغالبة أو الشائعة في معالجة موضوعات المحددات البيولوجية والثقافية للسلوك والشخصية بصفة عامة.

كذلك ينبغي أن نتذكر أن العوامل التي تحكم نمو السلوك السوي هي نفس العوامل التي تحكم نمو السلوك غير السوي. والفيصل بين الحالين هي الصورة التي تكون عليها هذه العوامل. فإذا كانت هذه العوامل على نحو موات ساعدت على إنتاج السلوك السوي المحقق للتوافق في البيئة. أما إذا كانت هذه العوامل على نحو غير موات فإنها تساعد على إنتاج السلوك غير السوي الذي يفشل في تحقيق التوافق ويتدرج السلوك المضطرب من المشكلات السلوكية البسيطة التي يستطيع الفرد أن يتغلب عليها وأن يواجهها حتى بدون مساعدة من الآخرين إلى الاضطرابات الذهانية الكبرى التي تعزل الفرد تماما عمن حوله، وتفصل حياته عن حياة الآخرين، وتجعله خطرا على نفسه وعلى من يحيطون به.

وقد شهد تاريخ علم النفس حقبة طويلة من الصراع العنيف بين أنصار العوامل الوراثية والبيولوجية عموما وأنصار العوامل البيئية والثقافية. فقد تحيز عدد من الكتاب والعلماء للوراثة وعزوا إلى تأثيرها الدور الأكبر في تشكيل سلوك الإنسان وبالتالي الكثير من التباين بين الأفراد. وظهرت نظريات تفسر السلوك الإجرامي بالعوامل الوراثية أو العوامل التكوينية الولادية. واستند أصحاب هذه النظريات إلى تركز النزعة الإجرامية في أسر بعينها. وقد تأثرت التشريعات الجنائية في بعض دول أوروبا بهذه النظريات.

وكرد فعل على هذه النزعة المتطرفة التي تتحيز للوراثة ظهر فريق من الباحثين يكاد ينكر أثر العوامل الوراثية ويرجع التباين في سلوك الأفراد إلى العوامل البيئية والثقافية كما فسر أصحاب هذا الفريق تأصل الإجرام في أسر بعينها بإرجاع الميل الإجرامي الظاهر في سلوك الأفراد من هذه الأسر إلى العوامل التربوية داخل الأسرة التي تربوا فيها وليس إلى العوامل الوراثية، بمعنى أن الميل الإجرامي انتقل من الآباء إلى الأبناء تربويا وثقافيا وليس جينيا ووراثيا. وقد قاد هذا الفريق «جون واطسون» مؤسس المدرسة السلوكية في علم النفس.

وقد ساعد على وجود هذا لتعارض الحاد بين العلماء عدم وجود دراسات تجريبية جيدة التصميم في هذا الوقت، لأن مثل هذه الدراسات يمكنها أن تتحكم في عزل وتثبيت العوامل بحيث يمكن تبين دور كل من العوامل الوراثية والعوامل البيئية. ويبدو أن التوجيهات الفلسفية والاتجاهات السياسية والاجتماعية، بل والانتماءات الطبقية للعلماء والباحثين التي سادت في القرن التاسع عشر وحتى الثلث الأول من القرن العشرين قد تدخلت في تحديد مواقفهم من قضية الوراثة والبيئة وعلاقة كل منهما بالسلوك وتكوين الشخصية.

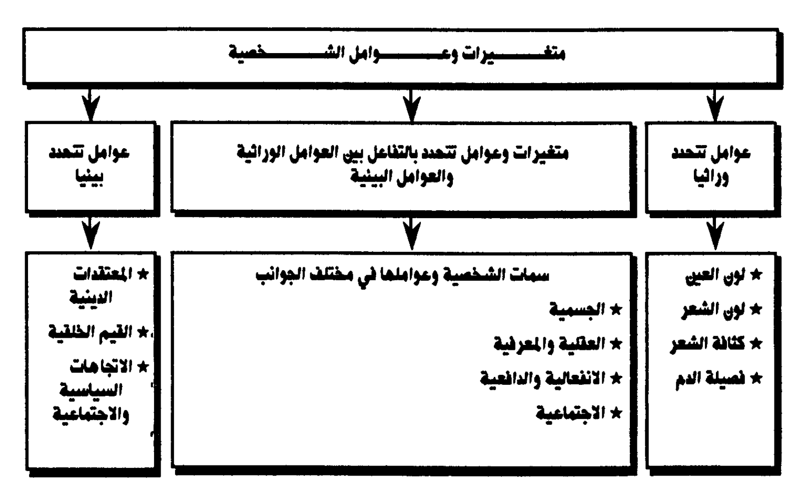
ومع تقدم علم النفس واتصاف بحوثه بدرجة أكبر من الدقة والموضوعية خفت حدة الصراع بين العلماء وانتهى عصر المناقشات الساخنة في هذه القضية التي -كما يقول كونجر وزميلاه ولّدت من الحرارة أكثر مما ولّدت من الضوء[1]. وأصبحت الكلمة لنتائج البحوث التي يتوافر لها قدر أكبر من الانضباط التجريبي،

(١) كونجر، ميوسن، كيجان / ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، جابر عبد الحميد، سيكولوجية الطفولة والشخصية . دار النهضة العربية ١٩٧٨، القاهرة.

خاصة مثل الدراسات التي أجريت على عينات متدرجة القرابة ابتداء من التوائم المتطابقة متشابهة الجنس، والتي تمثل توافر العامل الوراثي بأكبر قدر ممكن إلى الأفراد الذين لا قرابة بينهم حيث ينعدم العامل الوراثي كلية.

ونتائج هذه الدراسات وإن لم تحدد دور كل من الوراثة والبيئة إلا أنها حددت الإطار العام الذي يقبله الآن كل العلماء والباحثين ويعملون داخله، وهو أن كلا من الوراثة والبيئة يتفاعلان معا ويحددان شخصية الفرد.

فباستثناء بعض الصفات الجسمية القليلة التي تتحدد بالوراثة مثل لون العين ولون الشعر ودرجة كثافة الشعر وفصيلة الدم يقابلها في الطرف الآخر قيم[1] الفرد الخلقية ومعتقداته الدينية والاجتماعية والسياسية التي تتحدد بالعوامل البيئية. وباستثناء هذه الصفات فإن الشخصية بمختلف جوانبها المعرفية والانفعالية والدافعية بل وحتى الجسمية، تبقى محصلة لتفاعل العاملين معا.



شكل (٢-١)

متغيرات (عوامل) الشخصية بين المحددات الوراثية والمحددات البيئية

(١) هناك بعض الاتجاهات في علم النفس ترى أنه ربما يكون هناك علاقة بين التطرف الأيديولوجي وبعض الاستعدادات التكوينية وراثية كانت أم غدية أم مزاجية.

ولكن الخلاف بين العلماء لم ينته عند هذا الحد فقد استمر الخلاف ولكنه بات يخلو من المواقف المتطرفة أو الحادة التي كانت تتحيز لاتجاه وتنكر آخر. فلا يوجد الآن من بين العلماء من ينكر أثر العوامل الوراثية أو أثر العوامل البيئية في تكوين الشخصية. وانحصر الخلاف في تحديد الدور النسبي لكل من هذين المجموعتين من العوامل. ويطمح العلماء الآن من خلال البحوث التجريبية إلى تحديد الدور النسبي لكل من المجموعة الولادية أو الوراثية والمجموعة البيئية في كل جانب من جوانب الشخصية، لما لذلك من تطبيقات تربوية ونتائج اجتماعية بعيدة المدى. وقد اتضح من نتائج هذه الدراسات أنه ليست هناك نسبة واحدة لتأثير الوراثة أو البيئة في كل جانب من جوانب الشخصية بل تختلف نسبة إسهام كل منهما من جانب إلى آخر في الشخصية.

ومن استعراض نتائج البحوث العديدة التي تمت في مجال تأثير كل من الوراثة والبيئة في مختلف جوانب الشخصية يبدو أن دور الوراثة بالقياس إلى دور البيئة يكون أساسيا ثم يأخذ في التناقص كلما اتجهنا من الجوانب الجسمية في الشخصية إلى الجوانب المعرفية إلى الجوانب الانفعالية إلى الجوانب الاجتماعية. أي أن دور الوراثة يكون أكثر حسما في الجوانب الجسمية، فلون العين ولون الشعر يتحددان بالوراثة كلية، بينما طول القامة واتساع القفص الصدري يتأثران بالوراثة إلى حد كبير[1].

أما الذكاء والقدرات العقلية فقد أثبتت الدراسات التي شملت التوائم المتطابقة والتوائم غير المتطابقة والإخوة الأشقاء أنه يتأثر بالوراثة إلى درجة ملحوظة. فقد ارتبط الذكاء ارتباطا إيجابيا مع العامل القرابي، أي أن معامل الذكاء يزيد مع زيادة العامل القرابي وبالتالي يرتبط الذكاء مع العامل الوراثي. فكان معامل الارتباط بين ذكاء التوائم المتطابقة أعلى من ذلك الذي بين التوائم غير المتطابقة أو الأخوية، وهذا الأخير أعلى من الذي وجد بين الإخوة الأشقاء وهكذا..

وينسب العلماء إلى البيئة ما لا يقل عن ٢٠٪[2] من التباين في الأداء العقلي وهي النسبة التي أشار إليها «جنسن» Gensen. وهذه النتيجة التي انتهى

---

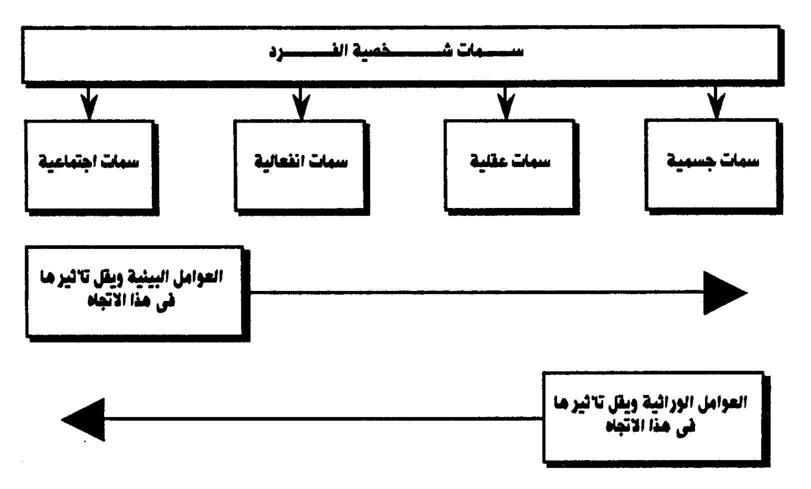
(١) ثبت أن البيئة يمكن أن تؤثر في طول القامة، كما ظهر في أجيال بعض العناصر عندما هاجرت من بيئتها إلى بيئة أخرى. فقد تبين أن أطفال المهاجرين اليهود واليابانيين قد تفوقوا على آبائهم في خلال جيل واحد من حيث طول القامة بزيادة متوسطة قدرها بوصتان (كونجر، ميوسن، كيجان).

(٢) تزيد هذه النسبة باستمرار في البحوث الأحدث

إليها «جنسن» تعـرضت للنقد الشديد من جانب كثيـر من العلماء الذين ذهبوا إلى أن تأثير البـيئة في الذكاء أكـثر مما قرره «جنسن»، وبالتـالي فإن هذه الزيادة تكون على حـساب النسـبـة المحسـوبة للوراثة، حـيث تكون هذه النسـبة أقل مما قـرره «جنسن». وتشير معاملات الوراثة التي تم حسابها بالطرق التقليدية إلى وجود نسبة ما بين ٥٠٪ - ٨٠٪ من الفروق الملاحظة في نسب الذكاء تعكس دور الاختلافات الوراثية. (دافيدوف، ١٩٨٣، ٥٥٢).

وإذا انتقلنا إلى الجوانب الانفعالية والاجتمـاعية فلن نجد دراسات دقيقة مثل الدراسات التي أجـريت في مجال الذكاء والقدرات الـعقلية، وذلك بسبب طبـيعة المتغيرات الانفعالية والاجتماعيـة وصعوبة ضبطها وقياسها بدقة مماثلة لما يحدث في قياس المتغيـرات العقلية. وإذا استثنينا دراسات «كريتـشمر و شيلدون» التي ربطت بين السمات الانفـعالية والمزاجية من ناحـية والتكوين الجسمي من ناحـية أخرى - وهي دراسات تقـابل بالشك من جانب كثـير من العلماء من حـيث إن الدراسات التالية وجـدت ارتباطات أقل مما قدره كريتـشمر وشيلدون- نقول إذا اسـتثنينا هذه الدراسات فإنه يتـضح مما بين أيدينا من نتائج أن الجوانب الانفـعالية والاجتمـاعية تتأثر بالبيـئة أكثر مما تتأثر بهـا الجوانب المعرفية، وبمعنى أنهـا أقرب في العلّية إلى المتغيـرات البيئيـة مثلما كانت الجـوانب الجسميـة والمعرفية إلى حـد ما أقرب إلى المتغيرات الولادية أو الوراثية.

وعلى هذا فـالتـصـور الذي يمكن أن يـطرح هو أن دور الوراثة يتـجـه إلى التقلص -وبالتالي يزيد دور البـيئة- كلما اتجهنا من الجوانب الجسـمية إلى الجوانب العقلية ومن الجوانب العقلية إلى الجوانب الانفعالية والاجتماعية. وهو ما يمكن أن نصوره في الشكل رقم (٢-٢).



شكل (٢-٢)

اتجاهات تأثير كل من العوامل الوراثية والعوامل البيئية في سمات الشخصية

وبعد أن عرضنا للعوامل والمتغيرات التي تحدد سلوك الإنسان وشخصيته بصفة عامة كمقدمة للحديث عن العوامل التي تحدد موقف الفرد واتجاهه واستقباله للمرض أو الإصابة أو الإعاقة ستتقدم خطوة إلى الأمام بالحديث عن مجمل الخدمات التي يقدمها علم النفس في مجال الصحة، ونشير فيه إلى ما يعرف باسم «علم نفس الصحة Health Psychology» وإلى تحسين الصحة وتعديل العادات غير الصحية، ثم نتناول بعض العوامل النوعية التي تلعب دورا واضحا محددا في استجابة الفرد للإصابة أو للمرض وهي:

* نمط الشخصية العام أو استعداد الشخصية للمرض.
* العوامل المعرفية.
* التعرض للضغوط.
* أساليب المواجهة في المواقف الحياتية.
* ثبات الهدف.



القسم الثاني

علم النفس والخدمات الصحية

أولا- علم نفس الصحة:

علم نفس الصحة Health Psychology هو مجمل الإسهامات التربوية والعلمية والمهنية التي تقدمها تخصصات علم النفس المختلفة من أجل تحسين الصحة والمحافظة عليها، ومن أجل الوقاية والعلاج من المرض، ومن أجل تحديد العوامل المسببة للمرض وتعريفها، وكذلك تحديد العوامل التي تساعد على التشخيص الدقيق والمرتبط بالخلل الوظيفي وبتحسين نظام الرعاية الصحية وتشكيل السياسة الصحية (Matarazzo, 1980, 15). وقد قدم علم نفس الصحة إسهامات جوهرية في مجالات فهم السلوكيات الصحية، وفي معرفة العوامل المرضية التي تضعف الصحة وتؤدي في الأغلب إلى حالة المرض.

وقد حاولت بعض الأعمال العلمية أن تقدم إطارا نظريا ومفاهيميا يوضح سلوكيات الصحة التي لا يلتزم بها الناس، وللدور الذي تلعبه الضغوط في التأثير على المرضى والسلوك المتعلق بالمرض والتصورات التي يحملها الناس فيما يتعلق بالصحة والمرض وأساليب تعاملهم معه، ومحددات التوافق مع الأوضاع المرضية. وتشكل هذه المفاهيم والتصورات النظرية إسهامات رئيسية نظرا لكونها مطلوبة ولكنها غير متاحة في الطب التقليدي نظرا وممارسة. وتوفر هذه المفاهيم أساسا لفهم واستيعاب بعض المعلومات المتفرقة والتي تثير الحيرة أحيانا عند الممارسين. فعلى سبيل المثال يصعب على الأطباء أن يفهموا سبب عدم التزام ٩٣٪ من المرضى بالنظام العلاجي. وهنا يأتي دور النماذج النفسية الاجتماعية لتوضيح الصورة وجعلها منطقية، بالإضافة إلى اقتراح بعض الطرق لتحسين السلوكيات المرتبطة بالصحة. وتوجه هذه النماذج التدخلات interventions الوقائية والعلاجية من أجل تحسين الممارسات المتعلقة بالصحة ومن أجل التوافق مع توترات الحياة ومع المرض.

وقد أكدت نتائج الدراسات والأبحاث أن العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية. متضمنة بشكل أساسي في كل مرحلة من مراحل حالتي الصحة أو المرض. وتتراوح هذه العوامل من السلوكيات التي تمهد للصحة وتحافظ عليها إلى

السلوكيات التي تؤدي إلى المرض أو الإعاقة. ويطلق على المكون الذي يشمل هذه العوامل مصطلح «النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي»
(The Biopsycho social Model).

ثانيا- تحسين الصحة وتعديل العادات غير الصحية:

تحظى موضوعات برنامج «تحسين الصحة» (Health Promotion) وبرامج الوقاية الأساسية (Basic Prevention Programs) دائما باهتمام الباحثين والممارسين على السواء. وقد زاد هذا الاهتمام في الفترة الأخيرة بسبب التغيير الذي حدث في أنماط المرض. ففي العقود القليلة الماضية تراجع انتشار أمراض الاضطرابات الالتهابية مثل الأنفلونزا والسل الرئوي والحصبة وشلل الأطفال في كثير من بلدان العالم، في الوقت الذي زادت فيه الأمراض التي يمكن منع حدوثها مثل السرطان خاصة سرطان الرئة وأمراض القلب والإدمان على المخدرات أو الكحوليات والإصابات الناتجة عن حوادث السيارات الصادمة.

ويبدو الدور الذي تلعبه العوامل السلوكية في تطور هذه الأمراض والاضطرابات واضحا للغاية. فعلى سبيل المثال من الممكن تجنب ٢٥٪ من الوفيات الناتجة عن الإصابة بالسرطان، كما تشير البيانات أنه يمكن تجنب وفاة ما يقرب من ٣٥٠ ألف من ضحايا الموت المبكر الناتج عن السكتة القلبية سنويا في الولايات المتحدة، وذلك من خلال تغيير عامل واحد من عوامل الخطر ألا وهو التدخين Smoking. كما تشير هذه الدراسات أيضا إلى أن تخفيض الوزن بنسبة ١٠٪ لدى الرجال من سن ٣٥ - ٥٥ بواسطة البرامج الغذائية السليمة والتمرينات الجسمية سيؤدي إلى تناقص في حالات أمراض الشريان التاجي بمعدل ٢٠٪ ومن شأن ذلك أيضا أن يقلل من حالات التهاب المفاصل وسرطان الأمعاء والسكر والسكتة الدماغية والجلطة القلبية.

وقد زاد اقتناع الناس بفكرة أن المحافظة على صحتهم من البداية أفضل من عدم الاهتمام ثم الاعتماد بعد ذلك على البرامج العلاجية بعد أن يصبحوا مرضى، بمعنى أن الاقتناع قد زاد بقضية أن الوقاية خير من العلاج. وأصبحت هذه القناعة هي المحرك الأساسي وراء كثير من الجهود المبذولة لتطوير الأسلوب لحياة أكثر صحة ولتغيير العادات الصحية السيئة. علما بأن هناك الآن العديد من

النماذج التصورية التي تم تطويرها لتفسير الممارسات الصحية القائمة، كما أن هناك اتفاقا كبيرا على المعتقدات التي تؤدي إلى ممارسات صحية معينة.

وقـد أصبح مـعـروفا -من واقع الدراسـات- أن الناس يميلون إلى ممارسـة العادات الصحـية السليمة وإلى الالتزام بالمـعايير المنضبطة في مجـال الصحة وإلى الاستعداد لتغيير العادات التي يثبت ضررها وذلك في الحالات الآتية:

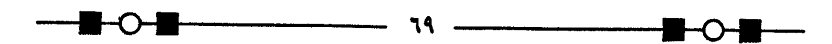
* عندما يكون الخطر المحدق بالصحة شديدا.
* عندما تكون احتمالية الإصابة بالمرض عالية.
* عندما يعتقد الفرد أنه قادر على الاستجابة التي تبعد الخطر وتحقق الشعور بالكفاية.
* عندما تكون استجابة الفرد فعالة في التغلب على مصدر الخطر.

وقد استمدت هذه العناصر الأربعة من المفاهيم العلمـية التي قدمها مجموعة من أشهـر منظري علم النفس منهم «باندورا» (Bandura) صاحب مفـهوم الكفاية الذاتية Self- Efficacy «وروجرز» (Rogers) صاحب نظرية الحماية -الدافعية Pro-tection- Motivation Theory- و«جانز وبيـكير» (Janz & Becker) اللذين قـدما «نموذج معتقد الصحة» (Health Belief Model).

والسؤال الذي يطرح نفـسه الآن هو: هل تؤثر الأوضاع النفسيـة للفرد على احتمالية إصابته بالمرض ابتداءً؟ وعلـى الاستجابة للمرض بعد ذلك؟ وهو موضوع القسم الثالث من هذا الفصل.

القسم الثالث
العوامل النفسية التي تلعب دورا في التعرض للمرض والاستجابة له

لقد بحث العلمـاء لفترات طويلة الدور الذي يمكن أن تلعبـه بعض العوامل النفســية في تعرض الفرد للإصـابة بالمرض وفي تطور المرض واستجـابة الفرد له. وأشاروا إلى أن بعض العوامل النفسية قد تلعب دورا في احتمالية التعرض للمرض وكذلك في تطور المرض وتقدمه أو تراجعه عند الفرد الذي أصيب به. وسنشير في هذا القـسم إلى أهم هذه العوامل، وهي عـوامل الشخـصيـة أو نمط الشـخصـية



واستعدادها للإصابة بالمرض، والعوامل المعرفية لدى الفرد، وكذلك حجم الضغوط التي يتعرض لها الفرد، وأساليب المواجهة التي يتبعها الفرد، وكيفية تعامله مع مشكلات الحياة اليومية، وأخيراً ثبات الهدف عند الفرد.

أولا- نمط الشخصية واستعدادها للمرض

Personality Type and Aptitude to illness

قام عدد من العلماء منذ الثلاثينيات والأربعينيات في القرن العشرين بتحديد سمات الشخصية التي تعرِّض أصحابها للإصابة بضغط الدم العالي وأمراض القلب والسرطان والقرحة والتهاب المفاصل وغيرها من الأمراض. وقد ركزت الدراسات المبكرة المتعلقة بعوامل الشخصية والأوضاع الصحية على ما إذا كانت حالات الشخصية Personality states ترتبط بمجموعة من الأمراض (وهي ما يطلق عليها النموذج العام) أو ما إذا كانت سمات شخصية Personality traits معينة ترتبط بأعراض أو أمراض محددة (النموذج المحدد)، وقد استمرت الأبحاث في دراسة كلا النوعين من العلاقة.

وتشير الدراسات الحديثة إلى أن النمط الوجداني السلبي العام General Negative Affective style المتصف بالاكتئاب والقلق والكبت وإلى مدى أقل بالعدوانية قد يرتبط بتطور مدى عريض من الأمراض، بما فيها أمراض القلب والربو والصداع والقرحة والتهاب المفاصل. وتشير هذه النتائج إلى احتمالية وجود شخصية معرضة للأمراض بشكل عام General Disease Prone Personality. كما يمكن لحالة الشخصية الانفعالية السلبية A Negative Emotional State of Personality أن تؤدي إلى تغيرات فيزيولوجية تتعلق بنشوء المرض وقد تجعل الناس يمارسون سلوكيات صحية سيئة. وقد واكب هذا الاهتمام اهتمام متزايد بنماذج معينة من علاقات الشخصية بالمرض.

وكان على رأس الدراسات التي ربطت نمطا معينا من الشخصية ونمطا خاصا من المرض تلك الدراسات التي انصبت على زملة السلوك من النمط (أ) Type (A) Behavior Syndrome الذي يتصف بالنزعة التنافسية وعدم الصبر والعدوانية والحركات الجسمية السريعة، والذي ارتبط بأمراض القلب. وقد أشارت نتائج الدراسات التي قام بها الباحثون في الثمانينيات والتسعينيات إلى وجود علاقات بين

نمط الشخصية السلبية (passive) والميالة للموافقة والقبول (Acquiescent) أو المكبوتة (Repressed) وتطور أو تفاقم مرض السرطان.

وبصورة متزايدة ركز الباحثون جهودهم على دراسة دور الحماية الذي تلعبه الحالات الانفعالية الإيجابية Positive Emotional State للشخصية بالإضافة إلى أساليب المواجهة Coping styles في تطور حالة المرض، وعلى رأس هذه الحالات التفاؤل Optimism والسيطرة أو التحكم الواعي Perceived control فالمتفائلون يبدو أنهم يتعرضون لخبرة الأعراض الجسمية بصورة أقل، وقد يظهرون شفاء أسرع وأفضل لدى تعرضهم لأمراض معينة. ويبدو أن ذلك وثيق الصلة بأهمية الإيمان بالكفاءة الذاتية في ممارسة السلوكيات ذات الصلة بالحالة الصحية، وبأهمية الشعور بالسيطرة المؤدى إلى مكاسب صحية.

ثانيا- العوامل المعرفية في الصحة والمرض

Cognitive Factors in Health and Illness

تؤثر العوامل المعرفية على كيفية تقييم الأشخاص لصحتهم وعلى مواجهتهم لتهديدات المرض. وقد ذهب الباحثون إلى أن الناس غالبا ما يحملون مفاهيم عامة عن المرض تخالف في كثير من الأحيان ما يقوله العلماء والباحثون خاصة فيما يعتبر كأعراض لمرض ما أو اضطرابات منذرة بالمرض.

وتتضمن هذه التصورات للمرض ما يتعلق بأبعاد عديدة مثل: هوية المرض والأسباب والنتائج، والوقت اللازم لتكوين المرض، وعملية الشفاء. وعندما يقوم الأفراد بعمل مطابقات matches بين الأعراض التي يشعرون بها والتصورات السابقة الموجودة لديهم عن المرض فإنهم قد يظهرون سلوكيات ملائمة للمرض مثل السعي لتلقي العلاج على الفور، كما أنهم قد يواصلون العمل العلاجي الفعال حتى النهاية. أما إذا كانت المطابقة بين الأعراض والتصورات السابقة غير مناسبة فإن ذلك قد يؤدي إلى تأخر الحصول على العلاج وإلى الممارسات الصحية السيئة وإلى عدم الامتثال لتوصيات الأطباء، وغير ذلك من ظواهر تترك آثارها السلبية على الصحة.

وقد درست المعارف والمدركات الشائعة بين الناس في مجال مواجهة الإعاقات والأمراض المزمنة من قبل العديد من الباحثين المهتمين بدراسة الجوانب النفسية المرتبطة بالإصابات والإعاقات والأمراض المزمنة. وقد ركز هؤلاء الباحثون



بصفة خاصة على أفكار العزو السببي Causal Attributions التي يقوم بها الناس لدى إصابتهم بأية اضطرابات أو اختلالات صحية خاصة المزمن منها، بمعنى نسبة المرض إلى أسباب وعوامل معينة. كما ركزت هذه البحوث على المفاهيم المرتبطة بحالة المرض في المرحلة الحالية، أو بشأن الأعراض المرضية اليومية التي يعانون منها أو العلاجات التي يتلقونها وآثارها الجانبية. ويبدو أن العزو السببي في حالة الأمراض المزمنة يأخذ طابعا عاما عند الناس. فنسبة عالية منهم تعزو المرض وتنسبه إلى سبب يرتبط بشخص المريض نفسه. وقد اعتبر بعض الباحثين أن العزو الذاتي Self Attribution مدمر للنفس، وهو توجه صحيح إذا ما ارتبط هذا العزو بتأنيب الذات والإحساس بالذنب والشعور بالتقصير الذاتي، والشعور بأن الفرد قد ألحق ضررا كبيرا بنفسه من جراء إهماله وتهاونه. بينما اعتبره بعض الباحثين الآخرين مؤشرا دالا على الجهود المبذولة من قبل الفرد ليؤكد سيطرته على المرض، وهو توجه صحيح أيضا في حالة غياب مشاعر الإحساس بالذنب والمسئولية الشخصية عن المرض والتي سبق الإشارة إليها.

وفي بعض الحالات تعتبر النتائج التي تترتب على لوم المريض لذاته وتحميلها مسئولية حدوث المرض نتائج غير متسقة ومتضاربة أحيانا. ويحدث ذلك في الحالات التي تختلط فيها المفاهيم حيث تستخدم متغيرات السببية واللوم والمسئولية بدون تحديد واضح وفي حالة من التبادلية، مما يسبب التناقض وعدم الاتساق في نتائج هذه الدراسات. وقد ارتبط العزو الموجه إلى شخص آخر في حالة حدوث المرض (مثل توجيه اللوم للزوج لتسببه في توتر الزوجة) بسوء التوافق مع الأمراض المزمنة.

وهناك عامل إيجابي يسهم كثيرا في تحسن التوافق مع المرض ألا وهو التحكم الواعي أو المدرك بمختلف جوانب المرض. فالأفراد الذين يعتقدون أنهم قادرون على السيطرة والضبط سواء على جانب مآل المرض أو على جانب حدوث الأعراض اليومية ولديهم استبصار بالعلاج ويؤمنون بجدواه فإنهم يظهرون توافقا أفضل مع حالاتهم المرضية.

ثالثا- الضغوط والمرض Stress and Illness

كان العالم كانون (Canon, 1932) من أوائل العلماء الذين أشاروا إلى مفهوم الضغوط من خلال توصله إلى ما أسماه مقاومة رد فعل الطيران (Flight - Reaction Fight) والذي بدا خاليا من الإشارة إلى العوامل النفسية المؤثرة على الاستجابة للضغوط. وقد عرّف كل من «لازاروس»، فولكمان (Lazarus & Folkman, 1984) لأول مرة التقييمات النفسية باعتبارها «عملية حاسمة متوسطة» (Crucial Mediating Process) بين الإدراك للموقف والشعور بالضغوط فيه. واعتبر هذان العالمان أن الأحداث يتم تقييمها من قبل الناس إما بأنها إيجابية -posi tive أو سلبية Negative أو حيادية Neutral وأن الأمور التي تقيّم باعتبارها سلبية يتم تقييمها أيضا إما أنها مؤذية hurting or harmful أو مهددة threatening أو متحدية Challenging. وقد ركزت الجهود البحثية العلمية المبكرة على دراسة الأحداث المسببة للضغوط عند الإنسان، وكمية التغيرات المطلوبة ونوعيتها للتعامل مع هذه الأحداث أو مع الضغوط التي أنتجتها.

والتوجه نحو دراسة أو قياس كمية الضغوط التي تحدث نتيجة أحداث معينة تسمح بظهور منهج في الدراسة وهو مدخل أحداث الحياة Life Event Ap-proach. وتضمنت مقاييس الضغوط فحص ما إذا كانت أحداث حياة معينة (مثل وفاة الزوج أو الشجار مع أحد أفراد الأسرة) وقد وقعت خلال فترة زمنية معينة مثل ستة أشهر مثلا يمكن أن يتسبب في ظهور مرض ما في مرحلة زمنية لاحقة. وقد توصلت هذه الدراسات إلى وجود علاقة ثابتة إلى حد ما بين هذه العوامل وحدوث المرض.

وقد مكنت الأعمال البحثية المتطورة الباحثين من تعريف أبعاد الأحداث الأكثر احتمالا في أن تولّد الشعور بالضغط. فقد تبين أن الأحداث التي يتم تقييمها بأنها سلبية وليس من الممكن السيطرة عليها uncontrollable والتي يصعب التنبؤ بها unpredictable أو الغامضة Ambiguous تعتبر أحداثا مولدة للشعور بالضغط أو أحداثا ضاغطة أكثر من الأحداث التي لا يتم تقييمها بهذا الشكل. وقد استمدت أهمية هذه الأبعاد من كل الدراسات المضبوطة بشكل محكم في المختبرات النفسية، ومن الدراسات النفسية المتعمقة لأشخاص يتعرضون لأحداث ضاغطة مثيرة للتوتر مثل البطالة، أو عند التعرض لأحداث مأساوية خاصة بحياتهم.

وقد أجمعت الدراسات التي تمت حول العوامل الضاغطة أن عامل الضبط والسيطرة الذاتية عامل حاسم ومهم في تحديد الاستجابة للأحداث الحياتية الضاغطة. فقد تبين أنه عندما تكون هذه الأحداث الحياتية المثيرة للضغوط تحت سيطرة الإنسان الذي يخضع للدراسة فإنه يظهر نماذج استجابات جسمية وفيزيولوجية مماثلة لنماذج الأشخاص الذين لا يتعرضون لأحداث مثيرة للضغوط على الإطلاق. في حين أن الإنسان الذي يعيش خبرة معاناة الضغوط ويكون قليل الحيلة في مواجهتها ولا يشعر بقدرته على السيطرة عليها فإنه يظهر ردود أفعال فيزيولوجية تدل على معاناته من حالتي القلق Anxiety والاستثارة Arousal.

ويبدو مهما في هذا السياق أن نميز بوضوح بين سلوك المريض وبين المرض نفسه بسبب التداخل الواقع بينهما. فسلوك المريض يتمثل في الخطوات التي يتبعها الفرد عندما يشعر أنه يعاني أو يتعرض لأعراض غير مريحة أو غير عادية كأن يعرض نفسه على الطبيب أو يستشير آخرين أو يطلب إجازة من العمل. أما المرض نفسه فإنه يتمثل في أسباب المرض وأعراضه مما يهتم به علم الأمراض (Pathology). ويبدو التمييز مهما لأن سلوكيات المرض لا تتضمن بالضرورة وجود مرض حقيقي. فقد يتوهم الفرد أن لديه مرضا ويسلك على أساس أنه مريض حتى يخبره الطبيب بأنه لا وجود للمرض الذي يتوهمه أو يتخيله. كما أن المسارات النفسية والبيولوجية المرتبطة بكلا النوعين (سلوك المريض والمرض نفسه) تكون في الأغلب متباينة.

وتوجه معظم البحوث التي تربط العوامل النفسية الاجتماعية بالمرض بصفة أساسية اهتمامها نحو سلوكيات المرض كنواح متعلقة بالنواتج بدلا من الاهتمام بالجوانب التي يهتم بها علم الأمراض والتي يمكن التحقق منها من مصادر معينة مثل سجلات الأطباء. وقد تركزت الجهود البحثية التي درست العلاقة بين متغيرات الشخصية والمرض على المسارات التي تحدث من خلالها هذه العلاقة، وتركزت أيضا على الوسائل التي قد تحدث من خلالها هذه العلاقة.

ومن الأمور البالغة الأهمية أنماط رد الفعل الفيزيولوجي الناتجة عن الأحداث الضاغطة. وقد استعانت البحوث في مراحلها المبكرة بمفهوم «زملة التكيف العام»

(General Adaptation Syndrome) (GAS) الذي قدمه الطبيب الكندي سيلي عام ١٩٥٦ (Selye, 1980) الذي أكد أن الأفراد ينمُّـون ردود أفعال فيزيولوجـية نمطية عند التعرض للضغوط، والتي سيظهرونهـا بعد ذلك في المواقف التي يشعرون فيها بالضغط والتـوتر، إلا أن الأدلة الأحدث تشيـر إلى عدم نمطية الاستـجابة في كل الحالات وإلى بعض التنوّع والاستـجابة -بفعل الحال الفيزيولوجـية للفرد- لأنواع معينة من الأحداث الضاغطة.

رابعا- عوامل المواجهة: Coping Factors

تعرف المواجهة Coping بأنها العـملية التي يتم بها تدبيـر المطالب الداخلية والمطالب الخارجية والـتي تدرك باعتبارها مطالب شاقة أو عـسيرة أو شديدة الوطأة وقـد تـتخطى إمكانيـات الفـرد ومـوارده. وتتـألف المواجـهـة من السلوكـيـات والاستـجابات النفـسية التي تعـمل من أجل الوفاء بهـذه المطالب، أو على الأقل إنقاص درجة إلحـاحها. وقد حدثت تطورات هامة في مـفهوم المواجهة وقيـاسها. فقد اعتـبر لازاروس وزميله (Lazarus, R. Folkman, s. 1984) أن المواجهة تنشأ من خـلال عمليـات تقيـيم للظروف المحـيطة بأنها مـؤذية أو مهـددة أو تتضـمن التحدى.

ومن هذا المنظور فـإن الفرد يقـيِّم إمكانيـاته وموارده الخـاصة كـالوقت والمال والنفوذ، كما يقيـم قدراته ومهاراته المتعلقة بالمواجهة، ومن ثم يقـرر فيما إذا كانت هذه جميعا كفيلة وكافية للوفاء بالمطالب أو التغلب على التهديد أو التحدي الناجمين عن الحدث الضاغط. ويوجد عدد لا بأس به من مقاييس المواجهة ومن أشهرها:

* مقيـاس طرق المواجهة Ways of Coping instrument والذي استمد من أعمال فريق لازاروس، والذي يحدد تصرفات وأفكار وردود أفعال الناس نحو الأحداث الضاغطة.

* مقـياس المواجهـة اليومـية Daily Coping scale من إعداد سـتون، نيل (Stone & Neal, 895) والذي صمم خصـيصا ليلائم الدراسـات الطولية Longitudinal Studies.

* مقياس المواجهة The Cope scale من إعداد كارفر وزملائه (Carver, et. Al, 278).

وبشكل متزايد وجد الباحثون أن مقاييس المواجهة التي تستهدف تقييم حالة مجموعات معينة تعاني من أنواع خاصة من الضغوط قد يكون أكثر فائدة من مقاييس المواجهة العامة. وعلى سبيل المثال وضمن هذا السياق أعد ويلز (Wills, 1986, 511) مقياسا للمواجهة لاستخدامه مع المراهقين. وتتوافر طرق عديدة لتجميع استجابات المواجهة Coping Responses.

وهناك استراتيجيتان أساسيتان للمواجهة وهما:

* جهود حل المشكلة Problem -Solving Efforts

* التنظيم الوجداني Affection Regulation (Lazarus & Folkman, 1984)

ومع أن المجموعتين من الاستراتيجيات تستخدمان في مواجهة معظم الأحداث الضاغطة فإن الاستراتيجية الأولى (حل المشكلة) مفيدة بشكل خاص لتدبر الضغوط الممكن التحكم فيها. بينما تعتبر الاستراتيجية الثانية (التنظيم الوجداني) ملائمة بدرجة أكبر لتدبر آثار الضغوط التي يصعب التحكم فيها.

وهناك تمييز بين استراتيجيات المواجهة يتطابق جزئيا مع التمييز بين حل المشكلات والتنظيم الوجداني يكمن بين المواجهة النشطة Active Coping، والتي تتمثل في الجهود السلوكية أو الإدراكية لتدبر حدث ضاغط بشكل مباشر، والتجنب Avoidance الذي يتمثل في محاولات تجنب مواجهة المشكلة أو تقليص التوتر والشعور بالضغوط عن طريق السلوكيات الملطِّفة. ومع أن معظم أحداث الحياة السلبية تبدو وكأنها تثير ما يستوجب استخدام كلا النوعين من استراتيجيات المواجهة (المواجهة النشطة والمواجهة التجنبية) فإن الناس الذين يتمتعون بمصادر شخصية أو بيئية أكثر قد يعتمدون بقدر أكبر على المواجهة النشطة وبقدر أقل على المواجهة التجنبية والعكس صحيح.

ومن القضايا التقليدية التي تثار من منظور الفروق الفردية هو ما إذا كانت الاستجابات التجنبية -المكبوتة Avoidant- Repressive Responses للأحداث الضاغطة تحقق درجة أكبر من التكيف؟ أو ما إذا كانت طرق المواجهة الأكثر حذرا ويقظة والتي تتضمن المجابهة أيضا More vigilant Confrontational Coping

Method هي الأفضل والمتفوقة بدرجة أكبر؟ -وتتمثل الإجابة المتاحة الآن على هذا السؤال في أن استجـابات التجنب قد تكون أكثر فاعلية في تدبر تهـديدات قصيرة الأمد، بينما تكون المواجـهة الحذرة أكثر مناسـبة للضغوط الناشـئة عن التهديدات طويلة الأمـد (Suls & Fletcher, 1985). ولكن مـا من شك في أن هذه النتـائج ستتوقف على طبيعة الحدث الضاغط (Taylor, 1983).

وقد تأكـدت الفروق الفـردية إلى حد ما بعـد أن أظهرت النتـائج أن معظم الناس يبدو أنهم يستخدمون مجموعة متنوعة من استراتيجيات المواجهة للتعامل مع أية ضغوط يتعرضون لها، وقد تتوقف المواجـهة الناجحة على تطابق استراتيجيات المواجهة مع طبـيعة الحدث الضاغط أكـثر من الفاعلية النسبـية لاستراتيجيـة بعينها مقارنة بأخرى. ويوضح ذلك ما ثبت من أن استخدام أساليب متعددة من المواجهة قـد يؤدي إلى تحقـيق قدر أكـبر من التكلـيف والقدرة على تدبر بعض الأحـداث الضاغطة على الأقل.

وما زالت هناك مسائل عديدة أخرى تتـعلق بالمواجهة في حاجة إلى الدراسة والبحث، وخاصة العلاقة بين نشاطات التنظيم الذاتي المستمرة كالأحداث الضاغطة والموترة والتي تولّدهـا بالدرجـة الأولى التصـورات الذهنيـة- كـمـا يقـول تيلور وشنيدر- (Tayior & Schneider , 1989)، والقـيام بنشـاطات مـواجهـة معـينة للتعامل مع ضـواغط معينة وهي التي لم تحظ باهتمـام كبير من البـاحثين. ويقوم الباحثون المتخصصون في المواجهة بدراسة بعض تكاليف المواجهة والتحسن المدفوع من خلالها مثل الطـاقة التي تستنزف والإثارة الفيزيولوجيـة المجهدة التي قد تكون ضرورية حتى حين يجب على الناس أن يكونوا حذرين في اسـتجاباتهم للأحداث المهددة.

وأما عن الدعم الاجتـماعي فقد ركـزت بحوث المواجهة أيضـا على مصادر المواجـهة وبشكل خـاص الدعم الاجـتمـاعي Social support وأوضحت نـتائج العديد من الدراسات المكاسب النفسية والجسمية التي يجنيها الفرد من هذا الدعم. وأظهرت الدراسـات أن الأشخاص الـذين ينعمون أو يتـمتعـون بدعم اجتـماعي يتكيفون نفسيـا بشكل أفضل للأحداث الضاغطة كما أنهم يشفـون بسرعة أكبر من أمراضهم، بل إنهم يتعرضون بدرجة أقل لخطر الوفاة الذي تسببه بعض الأمراض.

وتبدو النتائج المتعلقة بالدعم الاجتماعي وأثره على الاستجابة للمرض وتطوره غير متسقة أحيانا، ولكن من المؤكد أن الآثار الإيجابية للدعم الاجتماعي تحدث وتظهر سواء كان الفرد رازحا تحت وطأة الضغوط أو لم يكن، في حين أن النتائج الصحية المفيدة الأخرى للدعم الاجتماعي يكون لها أثر مخفف للضغوط، وتلعب دورا دفاعيا حاميا protective خاصة عندما يكون الأفراد تحت مستوى عال من التوتر. وقد أوضحت الدراسات التي قيّمت الدعم الاجتماعي-باعتباره التكامل والتكافل الاجتماعي العام القائم بين أفراد الشبكة الاجتماعية- الآثار الإيجابية لهذا الدعم، في حين أن الدراسات التي ركزت على المساعدة وعلى توفير المصادر والدعم العاطفي الموجه من أعضاء الشبكة الاجتماعية بشكل خاص لفرد معين كشفت عن الآثار المخففة لصدمة الضغوط التي يستشعرها الفرد (Taylor, 1990, 40-50).

خامسا- عدم ثبات الهدف Goal Instability

يلاحظ الكاتبون في مجال الاستجابة للإصابات والإعاقات أن فكر التحليل النفسي ومفاهيمه تسيطر على المعالجات الخاصة بعملية التكيف التي يفترض أن تحدث بعد وقوع الإصابة أو الإعاقة الجسمية. وقد اعتقد العديد من المفكرين أن الأفراد الذين يصابون بإعاقة ينبغي أن يتقبلوا بعقلانية الإعاقة وأن يحتملوا استمراريتها والآلام المترتبة عليها. علما بأن الإصابة تستلزم بعض الوقت حتى يمكن استيعابها، وإذا استخدمنا اللغة التحليلية النفسية فإننا نقول أن جهاز «الأنا» (Ego) لدى الفرد يحتمل أن يحس بشعور الفقدان وهي خبرة أليمة على أعمق المستويات. ومما لا شك فيه أن المعوقين والمصابين يتضرر لديهم مفهوم الذات لأن كثيرا من وظائفهم اليومية والمهنية والاجتماعية تتأثر بالإعاقة أو الإصابة. ومما لاشك فيه أيضا أن الخسارات والفقدانات وأوجه التضرر تضرب بقوة نرجسية(*) الفرد المصاب.

(*) النرجسية Narcissism حب مفرط مبالغ فيه للذات وتمركز حولها. ووفق نظرية التحليل النفسي تنشأ النرجسية في مرحلة مبكرة من مراحل النمو حيث يعشق الطفل اللذة من جسمه ووظائفه الجسمية ويكون صورة مثالية لنفسه. وهذا النمط من الاهتمام قد يستمر حتى الرشد ويرتبط بنقص الاهتمام بالآخرين (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الخامس، ص ٢٣٢٩).

ويستخدم معظم المعوقين ميكانزم الإنكار Denial كأسلوب دفاعي ضد القلق الناجم عن الخسارة الجسمية الواقعة. وإلى أن تصبح «الأنا» قادرة على تقبل خبرة الفقدان فإن ميكانزم الإنكار يضعف ويحل محله الشعور بالاكتئاب Depression ويتجسد هذا الوضع الاكتئابي بشكل خاص في حالة إصابة العمود الفقري (SCI) (Spinal Cord Injury). ومن المؤكد أن الأفراد ذوي «الأنا» القوية بشكل كاف يستبدلون بالاكتئاب تقبلا للواقع الذي يتضمن إصابتهم وإعاقتهم الدائمة. وقد أثرت فكرة المراحل المعتمدة على المفاهيم الدينامية في التحليل النفسي في مجال الخدمات الصحية النفسية التي تقدم للأفراد المصابين بإعاقة جسمية لسنوات طويلة.

وقد سعى «الفروديون الجدد» (Neo- Freudians) إلى محاولة تقديم الإثبات العلمي لصحة الأفكار التحليلية التي سبق لفرويد تقديمها وعارضها البعض لافتقارها إلى الدليل التجريبي. وتتجلى بعض هذه المحاولات فيما قدمه أحد علماء النفس التحليليين الذين اهتموا بـ «علم نفس الذات» psychology- self (وهي إحدى المدارس المتفرعة من النظرية التحليلية الفرودية والممثلة لاتجاه الفروديون الجدد) ألا وهو العالم «كوهت» (Kohut)

لقد اعتبر كوهت (Kohut, 1971, 1977) أن النرجسية الصحية تظهر من خلال الإحساس بالأمان الذي تشعر به الذات، ومن خلال مواصلة تحقيق الأهداف والطموحات المفيدة، ومن خلال العلاقات التكيفية مع الآخرين. وتتطور النرجسية الصحية عندما يكون الوالدان موجودين وجاهزين لأن يشكلا نموذجا مثاليا للطفل، ولأن يعكسا إحساس الطفل بالعظمة والفخامة، وأن يوفرا للطفل إحساسا بالتوأمة معهما. وتؤثر «الغيابات العارضة» (Occasional lapses) للوالدين على الطفل بأن تدفعه إلى تطوير مصادر داخلية للقبول والتوجيه والموافقة، وبالتدريج تقوده إلى وضع الأهداف ومواصلة العمل من أجل تحقيق هذه الأهداف. أما الغيابات المزمنة (Chronic Lapses) للوالدين عن الطفل فتؤدي به إلى الفشل في تطوير مصادر داخلية للقبول والموافقة والتوجيه والاستمرار في تحقيق الأهداف المفيدة، بالإضافة إلى تنمية الاتجاهات الاتكالية في مرحلة الرشد، وذلك بالاعتماد على مصادر خارجية لمقابلة الاحتياجات النرجسية.

ويعتبر كوهت أن الأفراد ذوي النرجسية الصحية لا يكونون قادرين فقط على وضع ومتابعة أهداف حياتية مفيدة، ولكنهم يكونون قادرين أيضا على



الاحتفاظ بأهداف واقعية ويضعون أهدافا تكيفية جديدة خلال الفترات التي يتعرضون فيها للتغير والتحول. علما بأن وضع الأهداف التكيفية من شأنه أن يمكّن الأفراد ويساعدهم على حفظ توازنهم خلال أوقات الشدة والتغير. أما الأفراد الذين يتصفون بنرجسية أو مثالية غير صحية فإنهم يمتلكون إحساسا ضعيفا بالأهداف والقيم، ويواجهون صعوبة في المحافظة على أهدافهم وحوافزهم وشعورهم بالاستمرارية عندما يحاولون التغلب على صعوبات التغير.

وقد أكدت النظريات المعرفية -السلوكية أهمية الأهداف ودورها في المحافظة على السواء النفسي والنجاح في محاولات التوافق مع التغيرات الحياتية الطارئة. وقد درس العلماء بشكل تجريبي العلاقة بين التوجه الضعيف نحو الهدف والتوافق النفسي مع التغيرات، وذلك من خلال استخدام «مقياس عدم ثبات الهدف» (Goal instabilitv scale). ويشير ارتفاع عدم ثبات الهدف إلى النرجسية أو المثالية غير الصحية (مثل الإحساس الضعيف بالأهداف والقيم). كما يشير ثبات الهدف ولو نسبيا إلى ملامح المثالية الصحية (مثل الإحساس القوي والثابت بالأهداف والقيم).

وقد ارتبط عدم ثبات الهدف سلبيا بتقدير الذات Self- Esteem وبالكفاءة الاجتماعية Social competency وبالإصرار المهني Career Decidedness، كما ارتبط إيجابيا بالافتقار إلى الطموح وإلى الأهداف الشخصية وبالنمط الاكتئابي. وتوصلت دراسات أخرى إلى أن عدم ثبات الهدف يصلح للتنبؤ بالاكتئاب أو بالرضا عن الحياة لدى المتقاعدين المبكرين. وبصورة عامة فإن هذه النتائج تجمع على أن الأفراد ذوي الدرجات المنخفضة على مقياس عدم ثبات الهدف (أي الذين لديهم ثبات في الأهداف)، والذين ينجحون في مواجهة التحديات النمائية العامة يتكيفون بشكل أفضل مع ظروفهم ، كما أن سلوكياتهم تكون أكثر تكيفا من الأفراد الحاصلين على درجات عالية على مقياس عدم ثبات الهدف - تمشيا مع نظرية كوهت- وهم الذين لديهم نرجسية صحية، ومن المحتمل أن يكونوا أقل تعاسة ويحققون درجة أكبر من التكيف في حال تعرضهم لإعاقة جسمية، وذلك مقارنة بالذين يتصفون بعدم ثبات الهدف لديهم.

ومن المحتمل أن يكون هؤلاء الذين يفتقرون إلى الثبات في الأهداف غير قادرين على وضع أهداف جديدة وذات معنى لدى مواجهتهم للمطالب والتغيرات



المتصلة بالإعـاقة الجسـمية، ولذلك فـإنهم سيتـعرضون إلى خبـرة مشاعـر الحزن والأسى والتعاسة وعـدم الرضى بدرجة أكبر كما يكون لديهم تـقبل أقل للإعاقة.
أما الراشـدون الذين يسجلون ويظهـرون ثباتا في أهدافهم فـإنهم سيكونون أكـثر مرونة وحفـزا وميلا إلى تحديد وبلورة أهداف جـديدة لحياتهم والعمل بـهمة على تحقيقـها، كما أنهم سيكوّنون أكثـر رضى وقناعة بحياتهم ويتمتـعون بسواء نفسى أكبر، ويتعرضون لمشكلات أقل فيـما يتعلق بالتكامل الاجتماعي.ـوهم كذلك أقل عرضـة للمضاعـفات الثانوية التي تلي حـدوث الإعاقة الجـسميـة. وهذا يحدث بصرف النظر عن المدة التي مضت على حدوث الإعاقة.

☺☺☺☺☺☺

مراجع الفصل الثاني

١- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٩٣) معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الخامس، دار النهضة العربية، القاهرة.

٢- دافيدوف، لندا (ترجمة) سيد الطواب، محمود عمر، نجيب خزام، مراجعة فؤاد أبو حطب: مدخل علم النفس، ط٢، (١٩٨٣)، المكتبة الأكاديمية، القاهرة.

٣- علاء الدين كفافي (١٩٩٧): الصحة النفسية، ج٤، دار هجر للطباعة والنشر، القاهرة.

٤- كونجر (جون)، موسن (بول)، كيجان (جيروم) (١٩٧٨): ترجمة أحمد عبدالعزيز سلامة، جابر عبد الحميد: سيكولوجية الطفولة والشخصية، دار النهضة العربية، القاهرة.

5. Canon, W.: (1932) The Wisdom of Body, New York, W.W. Norton.

6. Kohut, H. (1971): The analysis of the self. New York: International Universities Press.

7. Kohut, H. (1977): The restoration of the self. New York. International Universities Press.

8. Lazarus, R. and Folkman, S. (1984): Stress, appraisal and Coping, New York, Springer.

9. Selye, H. (1980): The Stress Concept today in I.L. Kutas & L.B. Schlesinger (Eds.) Handbook on stress and anxiety, London, Jossey-Bass, Inc.

10. Suls, J. and Fletcher, B. (1985): The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies, A meta-analysis. Health Psychology, 4, 249-288.



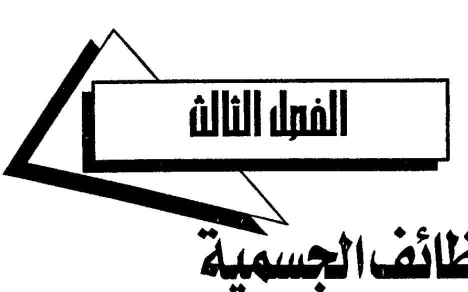
11. Taylor, S. (1983): Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. American Psychodogist, 38, 1161-1173.

12. Taylor, S. (1990): Health Psychology. The Science and The Field. American Psychologist. Vol. 45, No. 1, pp. 40-50.

13. Wills, T. (1986): Stress and Coping in early adoleseance: Relationships to substance use in urban school samples. Health Psychology, 5, 503-529.

☺☺☺☺☺☺





العلاقة بين الوظائف الجسمية والوظائف النفسية

- الثنائية في علم النفس ومحاولة تجاوزها:
  - النزعة الثنائية في الفلسفة
  - مشكلة الثنائية في علم النفس
  - صيغ ومفاهيم مرتبطة بالثنائية في علم النفس
  - محاولات تجاوز الثنائية في علم النفس
- العلاقة بين الوظائف النفسية والوظائف الجسمية من المنظور التحليلي النفسي
  - مفاهيم أساسية في الشخصية في نظرية التحليل النفسي
  - مفاهيم ونماذج تحليلية حول الإعاقة
  - تصورات سيلر
  - العصاب الصدمي والحداد وفقدان الموضوع
- مفاهيم تربط بين الوظائف الجسمية والوظائف النفسية
  - صورة الجسم
    - البنية الجسمية ونمط الشخصية
    - بزوغ فكرة صورة الجسم
  - الاستثارة الحسية
    - مفهوم الاستثارة الحسية
    - كيف تبلور مفهوم الاستثارة الحسية
  - التعلق
    - ما التعلق
    - نظرية التعلق
    - مراحل التعلق
    - انماط التعلق



الفصل الثالث

العلاقة بين الوظائف الجسمية والوظائف النفسية

القسم الأول

الثنائية في علم النفس ومحاولة تجاوزها

أولا - النزعة الثنائية في الفلسفة:

النزعة الثنائية أو النزعة الأثنينية Dualism في الفلسفة نزعة قديمة تمتد إلى أفلاطون، وربما قبل أفلاطون أيضا. وتتخذ هذه النزعة صورا متعددة تعتمد على أن الكون والإنسان يشتمل كل منهما على مكون وعلى مكون مقابل، ابتداءً من وجود إلهين أحدهما للخير والآخر للشر، كما كان الأمر عند المجوس أو الفرس القدماء، وانتهاء بأن الإنسان يتكون من عنصرين منفصلين هما الجسم والنفس. وتشمل النزعة الثنائية بصفة عامة القول بأن الطبيعة ذات وحدتين، أو هي كون الشيء الواحد مشتملا على حدين متقابلين ومتطابقين. (صليبا، ١٩٧٨، ٣٨٠). ومن هذه المقابلات: العقل مقابل التجربة، والخيال مقابل الحقيقة، والإمكان مقابل الوجوب، والحق مقابل الواقع، وغيرها.

والمهم أن النزعة الثنائية تعتمد على القول بوجود حقيقتين فلسفيتين مستقلتين أو متقابلتين «سواء أكان بينهما علاقة أم لم يكن، مثل الاعتقاد بوجود خالق ومخلوق أو عقل ومادة أو عقلي وحسي، وكذلك الشيء الخارجي مقابل إدراكنا له». (جابر، كفافي ١٩٩٠، ١٠٣٤). ولسنا مهتمين في هذه الإشارة المختصرة إلى النزعة الثنائية بالتأريخ لها، فهي تمتد في الفلسفة بتاريخها كله، ولكن يهمنا الإشارة إلى ما انتهت إليه هذه النزعة في الفلسفة الحديثة.

«وديكارت» -أبو الفلسفة الحديثة- هو الذي جعل النزعة الثنائية مقابل النزعة الواحدية، عندما قال «إن النفس تحل في الجسم حلول النوتي في السفينة. فهو مرة يجمعها، ومرة يفصل بينهما، ويقول بمادة وروح وجسم وعقل، وجوهر مخلوق وغير مخلوق أو جواهر فردية.» (الحفني، د.ت ١٩٣).

وقد شهدت الفلسفة الحديثة ما يعرف بالثنائية الديكارتية Cartesian Dual-ism وهي النظرية التي قدمها ديكارت ومؤداها: إن العقل كيان غير مادي وغير ممتد (في المكان) وهو -أي العقل- بذلك منفصل من الجسد الذي هو مادي وله امتدادات في المكان. وكان يعتقد أن الأعمال المنطقية أو العقلية Rational التي من اختصاص الروح أو العقل، والأنشطة الميكانيكية التي يختص بها الجسم يمكن أن يدرس كلا منهما منفصلا عن الآخر (جابر، كفافي ١٩٨٩، ٥٣٠). ولكن ديكارت أشار إلى تأثير الأعمال العقلية على الجسم وتأثير الأنشطة الجسمية على العقل، وذهب إلى أن موضع التفاعل بين الجسم والعقل هو الجسم الصنوبري، وهو المعروف الآن بالغدة الصنوبرية.

ثانيا- مشكلة الثنائية في علم النفس:

انتقلت مشكلة الثنائية من الفلسفة إلى علم النفس باعتبار علم النفس آخر الأبناء الذين استقلوا عن الفلسفة الأم، وقد ورث علم النفس كثيرا من مشكلات الفلسفة، خاصة المشكلات المرتبطة بالنفس أو الذات وعلاقتها بالمجتمع والكون، وما يترتب على ذلك من مشكلات الحق التي تتمثل في علم المنطق ومشكلات الخير التي تتمثل في علم الأخلاق.

وقد تمثلت المشكلة في علم النفس في عدة أسئلة من نوع:

- ما علاقة الظواهر النفسية بالظواهر الجسمية؟
- هل الظواهر النفسية مستقلة عن الظواهر الجسمية؟ وعن الجسم وأحواله؟

ثم نأتي لأحد الأسئلة المحورية في القضية، والذي له تداعياته والأسئلة التي ترتبت عليه.

أما السؤال المحوري والأسئلة التي ترتبت عليه فهي:

- هل الظواهر النفسية تابعة للظواهر الجسمية؟
- وإذا كانت هناك تبعية من هذا النوع، فما طبيعتها؟ وما مداها؟
- وإذا ثبت أن هناك تبعية للأحداث النفسية للجسم وحالاته، فهل تتحلل الظواهر النفسية إلى أصلها الجسمي؟ أو إلى ظواهر وأحداث جسمية؟

- وإذا تحللت الظواهر النفسية إلى أحداث وظواهر جسمية، فما مصير علم النفس كعلم قائم الآن ومستقل؟ ألا يعود فرعا لعلم وظائف الأعضاء (الفيزيولوجي)؟

وفي مقابل هذه الأسئلة التي تتعلق بتأثير «الجسم على النفس» فإن هناك أسئلة على الجانب الآخر تتعلق بتأثير «النفس على الجسم» وطبيعة هذا التأثير ومداه وظروف حدوثه.

ومما لاشك فيه أن تفسير حالة اللاسواء في السلوك والشخصية يعكس الرأي في طبيعة الإنسان، هل الإنسان «جسم» أساسا؟ وما الوظائف النفسية المرتبطة بهذه الحقيقة؟ أم أن الإنسان «عقل» أو «نفس» وما الجسم إلا الإهاب لهذا العقل؟ أم هما كيانان مستقلان منفصلان بينهما تفاعل؟ أم أنهما كيانان وليس بينهما تفاعل؟ أم أنهما مظهران لحقيقة واحدة؟ كل هذه الصور من تجليات مشكلة الجسم - العقل أو ما يعرف بالمشكلة الثنائية ظهرت في فلسفة المفكرين على امتداد التاريخ.

ومما لاشك فيه أن اكتشاف الدور الذي يلعبه الجهاز العصبي في إنتاج السلوك وفي تحديد نمط شخصية الفرد، كذلك الدور الذي تلعبه إفرازات الغدد الصماء (الهرمونات) في هذا الصدد كان لها أثر حاسم في الفكر السيكولوجي الحديث، وبصفة خاصة في إعلاء دور «الجسم» في مقابل دور «العقل» حتى وصل الأمر بالبعض إلى اعتبار «وظائف النفس» ليست إلا صدى للجسم ومتغيراته. وفي المقابل فإن العقود الأخيرة وخاصة العقدين الأخيرين في القرن العشرين قد شهد علم النفس نموا كبيرا في البحوث التي تنصب على موضوعات تقع في المنطقة الحدية بين الوظائف النفسية والوظائف الجسمية. وقد أوضحت نتائج هذه البحوث تأثير الأفكار والقيم والبنية المعرفية للإنسان على سلوكه وشخصيته وحتى على كيمياء جسمه، وهو ما اعتمدت عليه بالدرجة الأولى مدارس أو مداخل العلاج النفسي المعرفي، والتي تنطلق من قاعدة «أن العقل يحكم الجسم» (Mind Controls Body).

ثالثا - صيغ ومفاهيم مرتبطة بالثنائية في علم النفس:

يلخص «جابر» و «كفافي» الصور المختلفة التي اتخذتها مشكلة العلاقة بين الجسم والنفس أو الجسم والعقل في علم النفس، والمفاهيم التي تضمنتها المشكلة، ويوضحان مختلف النزعات والتوجهات التي سادت في مجال دراسة العلماء والباحثين فيما يخص مشكلة العلاقة بين العمليات العقلية والعمليات الجسمية في مجموعة من المفاهيم. وهذه المفاهيم هي:

- التفاعلية Internationalism أو التأثير المتبادل بينهما.
- التوازي Parallelism أو العمليات المنفصلة، ولكن مع التطابق نقطة بنقطة.
- المثالية Idealism العقل فقط هو الموجود، أما الجسم فهو وظيفة للنفس.
- نظرية الجانب المزدوج Double- Aspect Theory الجسم والعقل وظيفتان لوحدة مشتركة أو لكيان واحد.
- ثانوية الظواهر العقلية Epi- Phenomenalism المذهب القائل بأن العقل ما هو إلا منتج جانبي للعمليات الجسمية.
- المادية Materialism الجسم هو الحقيقة الوحيدة، أما النفس فهي غير موجودة.
- الثنائية Dualism العقل والجسم وحدتان منفصلتان كل منهما يعمل وفقا لمبادئ خاصة به (جابر، كفافي، ١٩٨٩، ٤٥٠).

هذه هي المفاهيم الأساسية الشائعة والمستخدمة في التراث السيكولوجي حول علاقة الجسم بالعقل بصفة عامة، والتي تمثل الثنائية أحد صورها. ويتضح من استعراض هذه المفاهيم أن منها من انحاز إلى الجسم، ومنها من انحاز إلى العقل، ومنها من أوجد علاقة ما بينهما، ومنها من قال باستقلالهما وانفصالهما وعدم وجود علاقة بينهما وهي موضحة على النحو الآتي:

- مفاهيم انحازت للجسم مثل «ثانوية الظواهر العقلية» و«المادية.
- مفاهيم انحازت إلى العقل مثل «المثالية».



- مفاهيم تكرس انفصال العقل والجسم ولا توجد بينهما علاقة مثل «الثنائية».
- مفاهيم أوجدت علاقة بين العقل والجسم مثل «التفاعلية» و «التوازي» ونظرية «الجانب المزدوج».

رابعا - محاولات تجاوز النزعة الثنائية في علم النفس:

إن الشواهد التي تدل على وجود ارتباط بين الظواهر العقلية والظواهر الجسمية أكبر من أن تنكر. و لكن العلماء ينظرون إلى هذا الارتباط كل من زاوية توجهه العلمي والفلسفي. فكما رأينا يذهب البعض منهم إلى أن الحقيقة القائمة عند الإنسان هي الجسم، وما الوظائف النفسية إلا صدى لمتغيرات الجسم في الوقت الذي يذهب فيه البعض الآخر إلى عكس ذلك تماما. ولكن هاتين الفئتين المتطرفتين اللتين تعترفان بطرف واحد وتنفيان الطرف الآخر تمثل أقلية بين العلماء، بينما تعترف الأغلبية منهم لكل من العقل والجسم بوجود وبفاعلية ودور في إنتاج السلوك وفي التأثير عليه بدرجة أو بأخرى.

وإذا كانت الأغلبية من العلماء تؤمن بوجود علاقة ما بين العمليات العقلية والعمليات الجسمية على المستوى النظري والمستوى الفلسفي والمنهجي فإن الكثير من العلماء والباحثين من الناحية الواقعية ينطلقون في معالجتهم للسلوك والشخصية من منطلقات النزعة الثنائية، حتى وإن لم يكونوا على وعي كامل بذلك. ويظهر ذلك من خلال تناولهم لدراسة العلاقات بين المتغيرات والكشف عن طبيعة هذه العلاقات بما يمكن أن ينتهي بنا إلى نظريات تفيد في فهمنا للإنسان. ومما لاشك فيه أن العلماء لو كانوا مدركين لهذه الثنائية ومناهضين لها، وعلى وعي كاف باحتمال وجود علاقات بين النظامين الجسمي والعقلي لتغيرت توجهاتهم البحثية ابتداءً من نوعية المشكلات التي يبحثونها إلى مناهج وطرق بحثها.

وقد أدرك بعض العلماء من أصحاب التوجه النقدي في علم النفس والطب النفسي أن هذه الثنائية الشائعة في فكر كثير من الباحثين من شأنها أن تجعلهم ينتهون إلى نتائج جزئية وناقصة ، بل وغير دقيقة في تفسير سلوك الإنسان وفهم شخصيته. ومن هنا فقد شجع هؤلاء العلماء محاولات السعي لتجاوز النزعة

الثنائية في النظر إلى الإنسان، ومحاولة البحث عن نقاط التقاء واتصال بين النظامين الجسمي والعقلي في سبيل الوصول إلى معرفة طبيعة العلاقة بينهما. وتنطلق هذه الجهود من افتراض أن النظامين لا يمكن أن يكونا منفصلين تمام الانفصال عن بعضهما البعض، وإن اختلفت طبيعة كل منهما، لأنها رغم هذه الاختلافات ينتميان إلى كيان واحد وهو الإنسان.

وسنعرض هنا لإحدى محاولات تجاوز النزعة الثنائية في النظر إلى الإنسان وهي محاولة «مورتون ريزر» (Morton Reisser) وهو أستاذ ورئيس قسم الطب النفسي في جامعة يل بالولايات المتحدة الأمريكية والتي عرضها في كتابه «العقل، المخ، الجسم» Mind, Brain and Body، ويحاول فيه أن يوجد تقاربا بين نظرية التحليل النفسي كممثل لجانب العقل وعلم بيولوجيا الأعصاب كممثل لجانب المخ - الجسم.

ويذكر «ريزر» في السطور الأولى للكتاب أنه كتب هذا الكتاب استجابة لتحدي معين، وهو التحدي المتمثل في الإجابة على السؤال: هل يمكن أن يتحاور التحليل النفسي مع علم بيولوجيا الأعصاب؟ وكل منهما يهتم بالعمليات العقلية! ويذكر من البداية أن السؤال يخلق تناقضا نظريا لأن كلا من طرفي الحوار له متضمناته النظرية التي تختلف عن تلك التي للآخر (Reisser, 1984, 3).

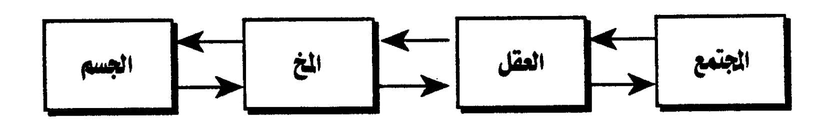
ويشير «ريزر» إلى الإنجازات الكبيرة التي تمت في العلوم الطبيعية بفضل التجارب والدراسات التي انتهت إلى نتائج طيبة حول العديد من الميكانزمات المخية التي تنتج السلوك والوظائف العقلية العليا سواء أكان ذلك في حالة الصحة أم في حالة المرض. ويتساءل بعد ذلك هل توحي هذه النتائج بأن علم بيولوجيا الأعصاب وعلم الكيمياء سوف يوفران لنا -ولو على المدى الطويل- تفسيرا كاملا للأحداث العقلية؟ ويقول: إن كثيرا من الباحثين يتوقعون أننا بصدد الوصول إلى فهم موحد لعمل كل من المخ والعقل من خلال مصطلحات واحدة، وإن كان يظهر -مثل غيره- أن هذا الهدف ليس قريب المنال (Reisser, 1984, 5).

ومما لاشك فيه أن هناك صعوبات تعترض الوصول إلى مرحلة شرح العمليات العقلية -وهي موضوع علم النفس- من خلال مصطلحات واحدة يسهم علم بيولوجيا الأعصاب والكيمياء في صياغتها وهي صياغة تنهي النظرية الثنائية،

وذلك لأن كلا من الظاهرة العقلية والظاهرة البيولوجية تشغلان ميدانين مختلفين ولكل منهما خصائص كيفية وكمية وتدرس بطريقة مختلفة وتوصف بمصطلحات تنتمي إلى نظم علمية مختلفة، وهي مصطلحات حتى وقتنا هذا ليست قابلة للتداول أو التبادل بين الميدانين العقلي والبيولوجي.

ومن الصعوبات أيضا التي تعترض توحيد المصطلحات التي يمكن أن تفسر من خلالها العمليات العقلية هى كيف تتحول الإشارة غير الفيزيائية (أي المرتبطة بالمعنى والرمز) إلى أحداث فيزيائية وأحداث فيزيولوجية بشكل ما وفي منطقة ما في النظام المخ - جسمي- أو في الاتجاه المعاكس ، أي كيف تتحول الأحداث الفيزيولوجية في النظام المخ - جسمي إلى معانى. ونؤكد هنا مرة أخرى أن من أهم مصادر الثنائية في التفكير والبحث أن علوم العقل وعلوم الجسم يستخدم كل منهما لغة وأدوات وطرق ملاحظة وقياسات مختلفة تماما. كما يستخدمان نماذج نظرية متباينة تشكلت على مستويات مختلفة من التجريد. وعلى هذا فالمعلومات في ميدان ما (الفيزيولوجيا مثلا) لا تنتقل مباشرة إلى الميدان الآخر (علم النفس). إن تصوراتنا للنماذج النظرية عن كيفية عمل كل من العقل والمخ مختلفة إلى حد بعيد في العلمين.

والافتراض الأساس في منهج «ريزر» هو أن المخ عضو العقل، وبعبارة أخرى فإن المخ يقوم على مجموعة من الوظائف العقلية التي نسميها «عقلا» والتي بواسطتها «يعقد» الإنسان صفقاته مع بيئته الاجتماعية. وفي الوقت نفسه يعمل المخ لتنظيم وظائف بقية الجسم ويستجيب بدوره لهذه الوظائف. وبمعنى أوسع فإن العقل لا يعكس فقط وظيفة المخ ولكن يعكس وظائف الجسم كله عندما يعمل ويؤثر على المخ. إن المجتمع والعقل والمخ والجسم يمكن أن تحسب كسلسلة من الأنظمة الوظيفية المفتوحة ذات الاتجاهين في الاتصال لنقل الطاقة والمعلومات في كل مقابله (كما في شكل ٣/ ١).



شكل (٣-١)
الانظمة البيولوجية والنفسية والثقافية في علاقاتها ونقل الطاقة والمعلومات

ويقترح «ريزر» ما أسماه نماذج نظرية وسيطة. ومثل هذا النموذج الوسيط سوف يكون قادرا على الاتصال بالميدان السيكولوجي (حول المفاهيم التي ترتبط بالمعاني) والاتصال أيضا بالميدان البيولوجي (حول المفاهيم التي ترتبط بالمادة والطاقة). ومنهجه في المقابلة بين «العقل والمخ - جسم» يقوم على الاعتراف الصريح بأن ميدان العقل الذي يتعلق بالمعاني وميدان «المخ - جسم» الذي يتعلق بالمادة والطاقة ميدانان منفصلان بسلسلة من الفجوات النظرية والمنهجية وتلك التي تتصل بالمعنى (Reisser, 1984, 16-18).

وعلى الرغم من أن علم بيولوجيا الأعصاب يمكن أن يوفر لنا بعض الفهم والاستبصار بعمل العقل فإن علم النفس والتحليل النفسي يوفران لنا فهما أعمق وأشمل. إن المعطيات التي يقدمها علم بيولوجيا الأعصاب على الرغم من أنها دقيقة منهجيا، وبالتالي مقنعة علميا إلا أنها أقرب إلى أن تكون سطحية وغير مكتملة، وبالتالي لا تقدم الكثير في مجال التفسير القائم على المعنى، وهذا بعكس الآراء والأفكار التي يقدمها علم النفس والطب النفسي فهي تتسم بالبساطة والوضوح والمعنى.

ومن هنا كان علينا أن نستفيد من الإمكانيات الخاصة بكلا النظامين، وأن ننتهي من ذلك إلى فهم أدق (من حيث المنهجية العلمية) وأعمق (من حيث الفهم القائم على المعنى) للسلوك معتمدين على ما يقدمه النظامان. ويزعم «ريزر» أن منهجه ثنائي المسار قادر على أن يحقق ذلك عن طريق جدولة البيانات الخاصة بكل نظام في تواز مع النظام الآخر. وباستخدام النموذج الوسيط، وإقامة الحوار بين

النظامين نستطيع سد الفجوات بينهما وتنمية لغة مشتركة يستخدمها العلماء في كل منهما.

وفي إطار الحوار بين النظامين يطلب «ريزر» من التحليل النفسي أن يبادر ويقوم بمهمتين:

الأولى: أن يولّد أسئلة يطرحها على علم بيولوجيا الأعصاب، أي أن عليه مهمة تحديد الأسئلة الهامة التي يجب أن نبحث عن إجابة لها.

الثانية: أن يكون مستعدا لتلقي الإجابات عن أسئلته. وعلى أساس هذه الإجابات يجب إعادة التفكير والتأمل في المفاهيم والنماذج النظرية (Reisser, 1984, 55).

القسم الثاني
العلاقة بين الوظائف النفسية والوظائف الجسمية
من المنظور التحليلي النفسي

أولا- مفاهيم أساسية في الشخصية عند نظرية التحليل النفسي:

الشخصية عند «فرويد» (Freud) تنظيم دينامي. والقاعدة الأساسية في نمو الشخصية هي الصراع الدائم والمستمر بين قوى اللبيدو، والتي تتطلب الإشباع، وبين مواقع العالم الخارجي التي تتمثل داخل الإنسان في الأنا الأعلى أو الضمير، والتي تقف في وجه هذا الإشباع. وأشكال الصراع وما ينتج عنه يؤثر دائما في الشخصية وفي تطورها وفي السلوك الذي يصدر عنها.

والنتائج التي تترتب على صدور سلوك ما تؤثر على أساليب السلوك في المستقبل. وعلى هذا يكون السلوك محصلة لقوى معينة في لحظة معينة. والتنبؤ به يحتاج إلى معرفة هذه القوى وطبيعة علاقات التفاعل والصراع القائمة بينها. وهكذا نجد أن الشخصية عند فرويد أبعد ما تكون عن الثبات والجمود، إنما هي تنظيم دائم التفاعل ويتسم بالدينامية والصراع المستمر.

ويقوم الصراع داخل الإنسان بين قوى ثلاث هي: «الهي» (Id) و«الأنا» (Ego) و«الأنا الأعلى» (Super ego). أما «الهي» فيمثل الجزء الأساسي منها تلك



الطاقة الغريزية التي يولد الفرد مزودا بها. وقوام هذه الطاقة مجموعة الغرائز الجنسية والعدوانية. ويضاف إلى هذه الغرائز العمليات العقلية التي كبتت وانفصلت عن الحياة الشعورية. و«الهي» تدفع الفرد إلى إشباع الرغبات الغريزية بصرف النظر عن أية اعتبارات، وهي في هذا يتبع مبدأ اللذة. وتتوقف قدرة الهي على إمكانيات الفرد العضوية. وطبيعة إفراز الهرمونات لديه.

و«الأنا» وظيفة أو جهاز ينشأ نتيجة تفاعل الكائن الحي مع البيئة المحيطة به. ويبزغ الأنا على مرحلتين. مرحلة الأنا الجسمية ثم مرحلة الأنا السيكولوجية. أما الأنا الجسمية فتنشأ في غضون منتصف العام الأول عندما يستطيع الوليد أن يميز بين جسمه وبين الموضوعات الأخرى في البيئة. فعندما تحاول الأم أن تجعل الوليد يأخذ وضع الجلوس في أحد الأركان في السرير، أو في مقعد بمساعدة الوسائد وذلك عندما يبلغ الشهر الرابع أو الشهر الخامس، وتضع بين قدميه بعض المكعبات مثلا فإنه لا يستطيع أن يميز بين قدميه وبين هذه المكعبات ويتعامل معها جميعا بدون تمييز ولا يجد فرقا بينها. ولكنه في النصف الثاني من العام الأول يبدأ في اكتشاف معالم جسمه وأن أجزاء جسمه تنتمي إليه، وتختلف عن الموضوعات الأخرى في البيئة. ويساعد على تكوين إدراكه لأناه الجسمية شعوره بالألم إذا ما تعرض لما يؤذيه جسميا كأن يسقط على الأرض أو تقع أحد الأشياء على قدميه أو يصطدم بشيء صلب.

وتبزغ الأنا على المستوى النفسي في حوالي منتصف العام الثاني. وتظهر الأنا النفسية أو السيكولوجية كوظيفة لتنظيم إشباع الحاجات وتنظيم علاقة الطفل بالبيئة. وإذا كان الوليد حتى منتصف العام الثاني يسير حسب مبدأ «اللذة -الألم» بمعنى أنه يبحث عن اللذة ويعمل على تجنب الألم (وهو مبدأ فطري ولادي) حيث لا يوجه سلوكه إلا هذا المبدأ، فإنه ابتداءً من هذه اللحظة والتي تبزغ فيها الأنا السيكولوجية يظهر مبدأ آخر منافس وهو مبدأ الواقع (وهو مبدأ متعلم ومكتسب) بمعنى أن الطفل لم يعد يبحث عن اللذة ويتجنب الألم دون الاعتبار لأي شيء آخر، بل إنه في هذه المرحلة يخضع للواقع وقواعده وقوانينه ومقتضياته ولو على حساب رغبته خوفا من عقاب الوالدين أو طمعا في ثوابهما، أي أن مبدأ الواقع يعمل أيضا على قاعدة من البحث عن اللذة وتجنب الألم وإن كان بشكل أرقى.

والوظيفة التي يقوم بها الأنا على جانب كبير من الأهمية والخطورة لأنها الأساس في تحقيق الاتزان الداخلي في الشخصية وفي تحقيق تكيف الشخصية مع الوسط الاجتماعي الذي تعيش فيه. ولذا يصدق القول بأن قوة الأنا تعادل قوة الشخصية، وبقدر ما يحظى الفرد بقوة الأنا يكون نصيبه من الصحة النفسية.

والأنا الأعلى هو آخر أجهزة الشخصية في النمو وينشأ عندما يستدخل الطفل قيم المجتمع ومثله العليا وأخلاقياته داخل نفسه. ويقوم الأنا الأعلى بوظيفة وكيل المجتمع داخل الفرد. وبذلك يقيم الطفل من نفسه رقيبا داخليا على تصرفاته. ومعظم نشاط الأنا الأعلى لا شعوري. وتتوقف درجة قوة الأنا الأعلى على طريقة تلقي التحذيرات والتوجيهات والتعليمات التي تعرض الفرد لها في الصغر، ونوع المكافآت التي حظى بها أثناء تنشئته.

ويحدث التفاعل في الشخصية بين الأجهزة الثلاثة على النحو التالي: تدفع «الهي» بالفرد إلى إشباع الدوافع، ولكن «الأنا» تقف في وجه هذا الإشباع إلا في الحالات التي تسمح فيها الثقافة بذلك. وعلى «الأنا» أن يحول دائما بين الصدام المباشر للقوتين الأخيرتين «الهي» و«الأنا الأعلى»، وعليه أن يوازن بينهما. وعلى قدر ما يحقق «الأنا» من نجاح في مهمته يكون توافق الفرد واتزانه كما قلنا. وعلى قدر ضعف الأنا وعدم قدرته على القيام بوظيفته يكون ضعف الفرد وتردده وتخاذله واضطرابه.

ولأن الأنا عند فرويد جسمية في البداية فإن أية إصابة تلحق بالجسم لابد وأن يكون لها صداها وتأثيرها العميق على أنا الفرد وعلى تصوراته لنفسه وعن مفهومه عن ذاته وعن قدراته على أداء وظائفه والقيام بمسئولياته. إن رؤية فرويد ومنظوره يفترضان أن فقدان الذراع أو الساق يمكن أن يدرك على أنه فقدان للموضوع Object Loss[1]، وبالتالي فإنه يمكن أن يثير مشاعر الحداد Mourning[2]. وهذا ما جعل «سيلر» (Siller) وهو أحد أتباع مدرسة التحليل

(١) فقدان الموضوع Object Loss من مصطلحات التحليل النفسي ويقصد به الفقدان الفعلي لشخص عزيز -ارتبط به الفرد ارتباطا وثيقا وعميقا -بسبب الموت أو المرض أو الهجرة أو النبذ لأي سبب آخر. واللفظ يشير إلى التهديد بفقدان حب شخص بسبب من هذه الأسباب (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الخامس، ١٩٩٢ ص ٢٤٥٨).

(٢) الحداد Mourning استجابات حزن تعزى إلى فقدان شخص عزيز أو محبوب لدى الفرد وتتضمن=

النفسي الذين اهتموا بالعلاقة بين الأنا الجسمية والإعاقة يقترح بأن الفرد المصاب أو المعوق في حاجة إلى جهود تأهيلية من نوع خاص. وفي الفقرات التالية سنشير إلى قضايا فقدان الموضوع، والعمليات النفسية المصاحبة لهذا الوضع، والتوجيهات النظرية الأخرى التي بنيت على أساس مفاهيم فرويد من أجل فهم مسألة توافق الفرد مع الإعاقة الجسمية.

ثانيا- مفاهيم ونماذج تحليلية حول الإعاقة:

وتغطي المفاهيم الفرويدية للإعاقة الجسمية العلاقة بين الوظائف النفسية والجسمية التي تبرز بشكل خاص لدى تعرض الفرد لإصابة أو مرض معيق لحركته وحياته التي كان يحياها قبل الإصابة، والعوامل التي تسهل عملية التوافق مع هذا الوضع بين مدخل المجال النفس جسمي Somatopsychological Field Approach الذي تزعمته بياتريس رايت ومساعدوها (Beatrice Wright and her associates 1959, 1960, 1983) والمنهج الحديث الذي ركز على معالجة القلق والاكتئاب الناجمين عن الشعور بالضغوط المزمنة المرتبطة بظروف الحياة العامة للأشخاص المعوقين، والذي دعا إليه كل من «تيرنر» و «ماكلين» (Turner & Mclean)، هذا بالإضافة إلى المناهج التي انطلقت من نظرية مفهوم الذات Self-concept Theory والتي قدمها كارل روجرز (Carl Rogers)، ومن نظرية صورة الجسم (Body image Theory) التي قدمها تشايلر (Schilder)، ومن نظرية أسلوب الحياة الأولى والتي قدمها رول (Rule)، بالإضافة أيضا إلى النظريات المستمدة من مناهج علم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعي.

ويشير نموذج المجال النفس جسمي إلى أن التوافق مع الإعاقة وتقبل الفقدان والخسارة عبارة عن عملية تتضمن تغيرات في النسق القيمي Value System للشخص المعوق، والتي ستساعده في التغلب على آثار الإعاقة الشاملة بما فيها من آلام وأحزان وتقييم منخفض للذات Devaluation ناتج عن الخراب والأذى والتشويه الذي لحق بالمظهر الخارجي والميل إلى التقليل من القيمة الذاتية للفرد الذي أحدثه ردود فعل الآخرين نحو الفرد المصاب.

= مشاعر الأسى وفقدان الاهتمام بالعالم الخارجي وبنقصان النشاط والمبادأة، وهذه المشاعر شبيهة أو مماثلة للاكتئاب والسواد (الملانخوليا) ولكنها أقل دواما، ولهذا لا تحسب باعتبارها ظاهرة أو أمرا مرضيا (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الخامس، ١٩٩٢ ص ٢٢٨١).

ويقترح النموذج أربعة مجالات معينة يجب أن يحدث فيها التغيير وهي:

١- توسيع دائرة القيم.

٢- اعتبار بنية الجسم وهيئته شيئا ثانويا.

٣- منع انتشار آثار الإعاقة ومحاولة استيعابها وتحجيمها.

٤- تحويل اتجاه المقارنة مع الآخرين ليكون مصدرا للقوة والإنجاز.

وينسجم هذا النموذج مع التأكيد الذي تضعه الجهود التأهيلية على مصادر القوة لدى الفرد المعوق بدلا من التركيز على العوامل المقيدة Limitations للنشاط والمحددة له والناتجة عن الإعاقة.

أما نموذج القلق والاكتئاب الذي قدمه كل من تيرنر، ماكلين فإنه يتناول الأعراض النفسية من قبيل القلق والاكتئاب، لكنه يضع المسئولية الرئيسية في هذا على الخبرات السابقة وظروف حياة المعوق. ويفترض أن التعاسة النفسية Psycho-logical Distress أو الاضطراب النفسي التي سبق أن عانى منها الفرد قبل حدوث الإعاقة هي السبب الحقيقي في معاناته لهذه الضغوط والتوترات المزمنة وليست الإعاقة في حد ذاتها.

ثالثا - تصورات سيلر

وقد اقترح سيلر منطلقا من مفاهيم فرويد الكلاسيكية أن النرجسية تعتبر عاملا مشتركا في ردود أفعال الأشخاص نحو إعاقتهم. وذهب سيلر إلى أن ردود أفعال الشخص المعوق نحو الإعاقة أو ردود أفعال الشخص العادي نحو المعوق ترتبط بشكل أساسي باستعداد الشخص للنكوص النرجسي Narcissistic Regression. ويتألف النكوص النرجسي عند سيلر من خمسة مستويات تتراوح من مستوى تفريغ الشحنة أو الطاقة النفسية على الموضوع Basic Object Cathexis(١) إلى مستوى تفريغ الشحنة أو الطاقة على نحو نرجسي Basic Narcissistic Cathexis (٢).

(١) تفريغ الشحنة على الموضوع Basic Object Cathexis وهو مصطلح وضعه فرويد، ويقصد به استثمار الطاقة النفسية في أشياء أو موضوعات خارج الذات كان يستثمرها في شخص أو هدف أو فكرة أو نشاط. وهذا المفهوم هو عكس مفهوم الطاقة النفسية النرجسية.

(٢) تفريغ الشحنة النرجسي Basic Narcissistic Cathexis ويقصد بهذا المصطلح كما وضعه=

وقد صنف «سيلر» الأفراد على هذه المستويات الخمسة كالآتي:

١- الأفراد الذيـن حققـوا علاقـات ناضجة مـع الموضوع Mature Object Relationships.[١]

٢- الأفراد الذيـن حققـوا علاقـات مع الموضوع بنيت أسـاسا على المـظهر الخارجي أو بنية الجسم (النوع الأول).

٣- الأفراد الذين يسيطر عليهم قلقل الانفصال.

٤- الأفراد الذيـن حققـوا علاقـات مع الموضوع بنيت بشكل أسـاسي على المظهر الخارجي أو بنية الجسم (النوع الثاني).

٥- الأفراد الذين يتصفون بنزعة نرجسية دفاعية رئيسية.

ويرى سـيلر أن الأفراد في المسـتـوى الأول من النكوص النرجـسي (الذين حقـقوا علاقات ناجـحة مع الموضوع أو الأشخـاص الآخرين) يكونون أكثر تقـبلا للإعاقة وقابلية للتـوافق معها من الأفراد الذين لديهم نزعة نرجسية دفـاعية رئيسية (المستـوى الخامس). وهذا يشيـر إلى أن الأفراد في المستـوى الخامس الذين يمثلون النكوص المفـرط بأقـسى صـورة يتصفـون بالتـثبـيت النرجـسي القـوى Strong Narcissistic Fixation[٢] ويعود ذلك إلى الشعور بعدم الأمان في الخبرات المبكرة

=فرويد اسـتثمـار الطاقة النفسـية في تعظيم أنا الفرد مع الإفـراط في حب الذات بحيث يكون من المحال أن يحـقق الشخص حبا سـويا أو عاديا للآخرين، لأن الفـرد يعزف عن إقامة العـلاقات مع الموضوعات الخارجـية، ويستغرق في علاقـات مستمرة مع الذات مع الانشغـال بخيالات عن القوة والذكاء. وقد يتميز الفرد ببرودة المشاعر وعدم الاكـتراث أو تنتابه مشاعر الغضب والإذلال استجابة لما يتعـرض له من نقد أو عـدم اكتراث. كـما يمكن أن تظهـر لديه اضطرابات عديدة في العـلاقات الشخصـية مع الآخرين، كأن يشـعر أنه يستحق مجـاملات خاصة من الآخرين، وأن يـستغلهم مع عجزه التام عن مشاركتهم وجدانيا.

(١) العلاقات الناضجة مع الموضوع Mature Object Relationships يرى فرويد أن مصطلح الموضوع -كما أسلـفنا- عبارة عن شخص أو شيء يتـعلق بشخص أو رمز أو هدف معين وعند تـوجه الفرد نحو مـوضوع مـا فإن ذلك يعكس اهتـمامـه بالأنماط السلوكيـة والأفكار والرغبـات المتصلـة بهذا الموضوع. والموضوع بهـذا المعنى مطلوب من أجل أن يحقق الفرد إشبـاعا لحاجاته العـديدة. ويعبر مصطلح الـعلاقة مع الموضـوع عن عمليـة توجيه الطاقـة النفسـية بعيـدا عن الذات والتوجـه نحو موضوعات خارجية كالبحث عن صديق أو حبيب أو عن اهتمام أو عن هواية معينة.

(٢) يقصد بالتثبيت في التحليل النفسي استمرار مرحلة نمو نفس مبكرة، أو التعلق غير المناسب Inap- propriate Attachment بموضوع نفسي مبكر كالأم.

التي تضمنت استـثمار الطاقة النفسية نحـو موضوعات خارجيـة كالأم مثلا. وفي هذه الحالة تكون جـميع العلاقات المستـقبلية اللاحقـة مع الموضوعات غيـر مؤكدة وغير وثيقة وتتم على سبيل المحاولة والخطأ Tentative. كما أن الدفاعات الرئيسية والإشباعات كذلك تقع ضمن حدود الذات فقط.

ويتابع «سـيلر» في وصفه لأفراد الفـئة النرجسـيين بأن الاكتئاب المصـحوب بكراهية الذات Self- Hate هو السمة الغالبة لديهم. كمـا أن اختيارهم لموضوعات علاقـاتهم يكون اختـيارا نرجـسيا، أي يتـعلق بذواتهم أو بمن يقدمـون لهم الثناء ويبدون الإعـجاب بهم. كمـا أنهم ينسحـبون بشكل كامـل من جميع العـلاقات الخارجـية المحيطة بهم، كـذلك فهم يعتـبرون الاستقـلالية Independence قضية أساسية بالنسـبة لهم، وإن كانت استقلاليتهم اسـتقلالية زائفة Pseudo- Indepen- dence تغلف عجـزهم عن تقبل الواقع الأليم، كمـا تعكس خوفهم من التـعرض للعالم الذي يرونه عدائيا.

وهذه الاستقـلالية الزائفة هي التي تقف وراء الحاجـة القهرية Compulsive need للعمل من أجل الذات وعدم الرغبة في تقبل المساعدة من الآخرين أو العجز عن تلقيـها والاستجـابة لها. ويكون لدى هؤلاء الأفراد توجه أسـاسي هو تجاهل وتجنب كل ما يتعلق بالإعاقة. وتتسم استجـاباتهم بصفة عامة بالاكتئاب Depres- sion والانسـحاب Withdrawal والكبت Repression والشعـور بالخزى Shame والتعـويض الزائد Over compensation وإنكار الإعـاقة Denial of Disability، كما أنهم يشعرون بحساسية بالغة بشأن الإعاقة ويستجيبون بمشاعر النقص Feeling of inferiority المتضمنة في مشاعر الكراهية المعممة لديهم.

وقد تابع «سـيلر» وعلى مدى سنوات عـديدة إعداده لهـذا التصور المـتعلق بالوظائف النفـسيـة والوظائف الجـسمـية عند المعـوقين من منظور نظرية التـحليل النفسي ووضع ملامح برنامج من البحوث المنهجية مـستخدما مفاهيم مثل قوة الأنا Ego strength والعلاقة مع الموضوع والنرجسيـة وذلك للتعبير عن اتجاهات الذات Self Attitudes عند الأشخـاص المعوقين واتجاهات الأشـخاص غير المعـوقين تجاه الإعاقة والمعوقين. وقد توصل «سيلر» إلى أن عوامل قوة الأنا وجوانب العلاقة مع الموضوع تعتـبر عوامل مؤثرة في ردود الفـعل نحو الأشخاص المصـابين بإعاقات. وقد برهن على صحة افـتراضاته بأن عوامل قوة الأنا والقدرة على إقـامة علاقات

أكثر استقرارا مع الآخرين ترتبط بصورة دالة مع الاتجاهات الإيجابية التي تتضمن تقبل الإعاقة، كذلك فإن الاتجاهات السلبية ترتبط بصورة دالة بضعف الأنا وبالعلاقات الأكثر ضغطا وسطحية مع الآخرين.. وقد برهن سيلر بذلك على أن استخدام مفاهيم التحليل النفسي ذو قيمة بالغة في التحليلات النوعية الوافية والوفيرة للمعلومات المرتبطة بالتوافق النفسي والعلاقة بين الجسم والنفس.

وتظهر الدراسات اللاحقة لسيلر ومساعديه حول اتجاهات الأشخاص العاديين نحو الأشخاص المعوقين أن عامل الخوف من أن يرفض الإنسان Fear of being rejected من قبل العاديين يشكل عقبة في طريق الارتباط بالأشخاص المصابين بإعاقات. ويبدو ذلك منسجما وذا صلة بالربط بين الإعاقة أو العجز Dis-ability والوصم بالعار Stigmatization والخوف من فقدان الموضوع Fear of Loss of Object أي الخوف من فقدان العلاقة مع الآخرين في حال ارتباط الشخص الصحيح بشخص معوق. وقد فتحت تلك الدراسات الأولية الباب أمام دراسة موضوعات جديدة تتعلق بالعلاقة مع الموضوع من زاوية التحليل النفسي.

رابعا- العصاب الصدمي والحداد وفقدان الموضوع:

Traumatic Neurosis, Mourning and Object Loss

يصف فرويد الصدمة Trauma في حياة الإنسان بأنها قوة خارجية تؤذي الجسم وتؤثر على الجهاز العصبي في وقت واحد وذلك مما يعرضه لحدوث العصاب الصدمي، كما أن الميكانزمات الدفاعية للأنا تقتحم بواسطة هذه القوة الخارجية. وهذا بالإضافة إلى الكمية البالغة من الطاقة النفسية التي يتم استهلاكها في هذا الاقتحام.

وقد حدد فرويد مكونين آخرين يعوضان عن هذه اللحظة الصادمة وهما:

- الفزع أو الرعب Fright.
- الجرح الجسمي Physical Injury.

وهما يعملان ضد تطور ظهور العصاب. ومع أن الفرد المجروح أو المعوق عادة ما يكون لديه إدراك شعوري للجرح فإن المعنى اللاشعوري للجرح ودلالته بالنسبة للفرد -والذي لا يدركه- يبقى مؤثرا بصورة قوية على عملية توافقه مع الإعاقة.

ومن المثير للدهشة أنه قد لوحظ أن ديناميات مماثلة تعمل على نفس الشكل لدى الأفراد الأصحاء الذين لا يعانون من إعاقات عند سؤالهم عن ردود أفعالهم في حالة تعرضهم للإصابة بإعاقة ما في أجسامهم. وقد أكدت الدراسات التجريبية التي أجريت للتحقق من وجهة نظر فرويد وصحة الرأي القائل أن ردود أفعال المعوقين نحو إعاقتهم مثل الاكتئاب والغضب متأصلة ولها جذور طفولية مبكرة قبل حدوث الإعاقة وتتضح في الإسقاط المباشر للمخاوف اللاشعورية سواء عند الفرد المعوق أو الفرد غير المعوق.

وهذا يعني أن التحليليين يرون أن استجابة الفرد المعوق لإعاقته لها جذورها وأصولها في الطفولة. ومن هنا تختلف ردود أفعال المعوقين بإعاقة واحدة على هذه الإعاقة . ويتأكد هذا أيضا من سؤال العاديين إذا ما أصيبوا بإعاقة فماذا سيكون رد فعلهم. فقد اتضح أن تخوفاتهم وردود أفعالهم لها علاقة بطفولتهم وأحداثها.

وقد سجل فرويد أيضا ملاحظاته على الحداد والملانخوليا أو السوداوية Melancholia وذلك في مجال محاولاته لفهم وتفسير الحداد والاكتئاب الذي يتبع فقدان الموضوع، واعتبرهما وغيره من العلماء ذوي النزعة التحليلية ذات صلة مباشرة بمواجهة الأزمة أو المأساة الجسمية. . وقد ميّز فرويد بين الحداد والسوداوية في أنه في حالة الحداد لا يعاني الفرد اضطرابا في اعتبار الذات self regard بعكس ما هو موجود في حالة السوداوية التي تتضمن قدرا من الاضطراب في اعتبار الذات وتقديرها، مع تطابق يكاد يكون تاما في مختلف الصور السلوكية والانفعالية في هاتين الحالتين.

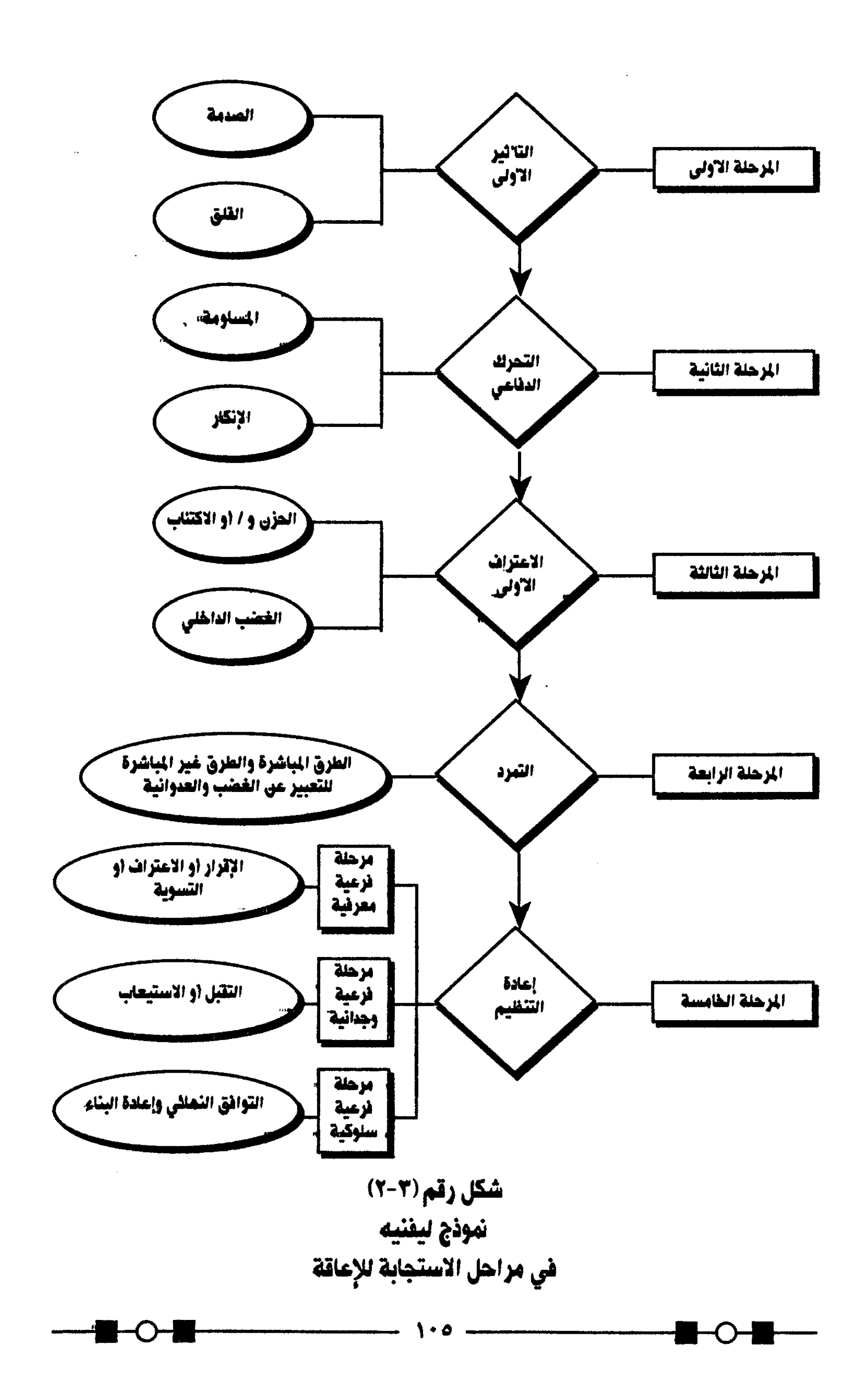
وتبنى بعض الباحثين مدخل المراحل النفسية Psychological Stages Approach التي تلي حدوث الإصابة أو الإعاقة. وتبدأ هذه المراحل بالصدمة Shock ثم توقعات الشفاء فالحزن الشديد أو الحداد. واستخدام الميكانزمات أو الحيل الدفاعية اللاشعورية (والتي تتراوح بين النوع الصحي مثل التبرير المنطقي للإعاقة أو النوع العصابي كالإنكار والكبت والنكوص) ثم التوافق مع الإعاقة.

ووصف «بولوك» (Pollock) المرحلة الحادة والمزمنة في عملية الحداد التي تعقب الإعاقة واعتبر أنها تعود إلى فترات مباشرة تتبع حدوث فقدان الشيء أو الموضوع. وتتضمن هذه الفترات المباشرة الصدمة والحزن الشديد أو الحداد والألم

وردود أفعال معينة تتعلق بالخوف والقلق من الانفصال. أما المرحلة المزمنة للحداد في رأي بولوك فإنها تتصف بمحاولة الأنا دمج خبرة الخسارة بالواقع بحيث تستمر الأنشطة الحياتية للفرد. ويتضمن التوافق مع المرحلة المزمنة للحزن أو الحداد دمجا من نوع آخر هو لمطالب الواقع الجديد الذي يحتوي على إشباعات ومطالب حاجات وظيفية جديدة.

كما قدم «ليفنيه» (Livneh) نموذجا موحدا يشمل ويضم نماذج المراحل النفسية التي قدمها العلماء الذين بحثوا في موضوع التوافق مع الإعاقة. ويتألف هذا النموذج من خمس مراحل كالآتي: وهو الموضوع الذي سنعالجه بالتفصيل في الفصل الرابع.

- **المرحلة الأولى**: التي دعاها ليفنيه التأثير الأولى Initial Impact وتتألف من مرحلتين فرعيتين هما الصدمة والقلق.
- **المرحلة الثانية**: وأطلق عليها التحرك الدفاعي Defense Mobilization وتتألف من مرحلتين فرعيتين هما المساومة Bargaining والإنكار Denial.
- **المرحلة الثالثة**: وسماها الاعتراف الأولى Initial Recognition وتتألف من مرحلتين فرعيتين أيضا هما الحزن و/ أو الاكتئاب والغضب الداخلي.
- **المرحلة الرابعة**: وأطلق عليها التمرد Rebellion وتتألف من تصنيف واحد ولكنه يتضمن كلا من الطرق المباشرة والطرق غير المباشرة في التعبير عن الغضب الخارجي والعدوانية.
- **المرحلة الخامسة**: وأطلق عليها ليفنية مرحلة إعادة التنظيم Reorganization وتتألف من ثلاث مراحل فرعية منفصلة وهى: مرحلة فرعية معرفية Cognitive sub stage وهي عبارة عن الإقرار والاعتراف أو التسوية، ومرحلة فرعية وجدانية Affective sub stage وهي عبارة عن التقبل أو الاستيعاب، ومرحلة فرعية سلوكية Behavioral substage وهي عبارة عن التوافق النهائي والتكيف أو إعادة البناء. ويمكن تمثيل نموذج ليفنيه بالشكل رقم (٣-٢).



شكل رقم (٣-٢)
نموذج ليفنيه
في مراحل الاستجابة للإعاقة

وتعتبر الإضافة المهمة لهذا النموذج الموحد هي أن عملية التوافق لا تعتمد على عناصر وجدانية فقط وإنما تتضمن عناصر معرفية وعناصر سلوكية أيضا. وهي نقطة القوة في نموذج ليفنية والتي يستطيع المعالجون النفسيون وأخصائيين التأهيل الاستفادة منه في تدخلاتهم العلاجية والتأهيلية مع معوقيهم.
(Thomas & Sillier, 1999, 179-197).

القسم الثالث
مفاهيم تربط بين
الوظائف الجسمية والوظائف النفسية

أولا- صورة الجسم:

١- البنية الجسمية ونمط الشخصية:

صورة الجسم Body Image وما تتضمنه من أفكار ومشاعر وإدراكات تندرج تحت لواء مفهوم الذات. وتشكل بعدا من أبعاده الأساسية ولا سيما وأنه يتضمن صفات وخصائص تشكل في مجملها مكونا من مكونات مفهوم الذات. وعلى هذا فإنه إذا كانت هناك متغيرات متباينة سواء كانت نفسية داخلية أو بيئية خارجية تعوق قدرة الفرد على التواصل الفعال والتوافق السليم مع بيئته المحيطة فإن صورة الفرد السلبية نحو جسمه أو عدم رضائه عنها قد يكون أحد هذه العوامل التي تؤثر سلبا على توافقه مع الذات ومع البيئة المحيطة.

وقد اهتم علماء النفس في دراستهم لصورة الجسم عند صاحبها بمدى رضا الفرد أو عدم رضائه عن هذه الصورة لأن موقع الفرد على متصل الرضا -عدم الرضا يؤثر تأثيرا واضحا على مفهومه عن نفسه وبالتالي على مجمل سلوكه في مختلف المجالات وخاصة المجالات الوجدانية والاجتماعية. وفي الواقع فإن الرضا عن صورة الجسم يرتبط بطريقة أو بأخرى بالشعور بالسعادة والاطمئنان. فقد أسفرت الدراسات عن أن الشخص الذي يشعر بالجاذبية الجسمية ويكون راضيا عن صورته الجسمية شخص سعيد يتمتع بقبول اجتماعي من قبل الآخرين وناجح في علاقاته الاجتماعية (Dion et.al, 1972)

كما اهتم العلماء أيضا -في الفترة الأخيرة على وجه الخصوص- بدراسة العلاقة بين صورة الجسم وبنيته وصفاته كما يدركها الفرد وسماته النفسية والمزاجية. ويبرز في هذا المجال اسمان شهيران وهما «أرنست كريتشمر» (Kretschmer, E.) و «وليم شيلدون» (Sheldon, W.).

أما كريتشمر فقد صنف البشر من زاوية بنية الجسم إلى ثلاثة أنماط رئيسية ونمط رابع مختلط وهي: النمط الواهن Asthenia Type ويتميز صاحب هذا النمط بالطول والضعف العام، والنمط الرياضي Athletic Type ويتميز صاحب هذا النمط بالبنيان القوي، والنمط البدني Pyknic Type ويتميز صاحب هذا النمط بالبدانة وزيادة محيط الصدر والبطن، والنمط المختلط Dysplastic Type وهو الجسم الذي لا يصنف في أي من الأنماط الثلاثة السابقة. وقد حاول كريتشمر أن يربط بين النظامين الجسمي والعقلي، وانتهى إلى أن الأفراد من النمط البدني إذا قدر لأحدهم أن يصاب بالمرض العقلي فإنه يصاب بذهان «الهوس -الاكتئاب» أما المرضى «بالفصام» فإنهم ينتشرون بصورة أكبر بين أصحاب «النمط الواهن». (علاء الدين كفافي ١٩٨٧، ١١).

أما شيلدون فقد أضاف إلى محاولة شيلدون استخدام أداة الاختبار البدني وانتهى إلى ثلاثة أنماط أساسية أيضا وهي: النمط داخلي التركيب Endo morphy وهو نمط يتميز بالنعومة والمظهر المستدير. والنمط متوسط التركيب Mesomorphy وهو نمط يتميز بالطول والانتصاب. والنمط خارجي التركيب Ecto morphy وهو نمط يتميز باستواء الصدر ودقة الحجم. وأضاف شيلدون نمطين ثانويين وهما النمط الخلطي الذي يشبه إلى حد كبير النمط المختلط عند كريتشمر، والنمط الأنثوي الذي يتصف بليونة الجسم وسعة الحوض وكبر الأرداف وغيرها من السمات التي تميز الجسم الأنثوي.

وقد صنف شيلدون الأمزجة أو السمات النفسية مثلما صنف الأجسام وقال بأن كل مزاج من هذه الأمزجة يقابل نمطا من الأنماط الجسمية. فالمزاج الحشوي Viscerotonia ويتميز صاحبه بحب الأكل ويستمتع بالصحبة والراحة والرغبة في أن يكون متقبلا من الآخرين ويقابل النمط داخلي التركيب. والمزاج البدني Somatotonia ويتميز صاحبه بالصفات المرتبطة بسيطرة العضلات وسماته الأساسية

حب المغامرة والسيادة والقوة والمخاطرة وتأكيد الذات والاستعداد للعمل ويقابل النمط متوسط التركيب. والمزاج المخي Cerebrotonia ويتميز صاحبه بالصفات المرتبطة باليقظة الذهنية والتفكير وأهم صفاته الضبط الانفعالي والحذر واليقظة والرغبة في إثبات الخصوصية. ويقابل هذا النوع النمط خارجي التركيب.

وهناك تفسيرات مختلفة للعلاقة بين البنيان الجسمي وسمات الشخصية منها تفسير الخبرة الانتقائية ويعني أن الفرد الذي يوهب نمطا معينا من الجسم يجد أن أساليب سلوكية معينة مناسبة له بشكل خاص، ومنها تفسير التحديد الحضاري. ويذهب هذا التفسير عكس ما يذهب إليه التفسير السابق إذ يرى أن المجتمع والثقافة هي التي تحدد لكل نمط جسمي الدور الاجتماعي والأساليب السلوكية المتوقعة والمنتظرة منه. وعلى الفرد أن ينصاع ويساير المجتمع ليحصل على رضاه وتدعيمه. ومن هذه التفسيرات أيضا التفسير البيئي لكل من المتغيرين الجسمي والنفسي، ويتضح ذلك في بعض أساليب التنشئة الوالدية التي تساعد على اكتساب الطفل نمطا جسميا معينا، كما تخلق له بيئة سيكولوجية عليه أن يتوافق معها، ويكوّن عاداته في ظلها. وهناك التفسير الوراثي أي أن هذه الصفات تنتقل من الآباء إلى الأبناء جينيا. وهناك الكثير من العلماء الذين يتحمسون للتفسير الوراثي وعلى رأسهم وليم شلدون (كفافي ١٩٨٧، ١١٧).

ويتحدث شيلدون عما أسماه «اللاشعور الجسمي» Physical unconscious ويعني به المحددات البيولوجية الكامنة والتي تدفع الفرد إلى أساليب سلوكية معينة بدون أن يكون الفرد واعيا لها (كفافي، النيال، ١٩٩٥، ١٨) وقد واصل شيلدون عمله في الربط بين الأبنية الجسمية والأبنية السيكولوجية. وكان يرى أن هذين النوعين من البناء لا تقتصر على الجانب السيكولوجي السوي، وإنما تمتد إلى مجال الاضطراب العقلي والسلوكي. وحاول أن يربط بين التكوين الجسمي من ناحية، والذهان والجناح من ناحية أخرى، فربط بين البنية الجسمية داخلية التركيب -وهو صاحب المزاج الحشوي- بالمكون الوجداني الذي يمكن أن ينتهي بذهان الهوس - الاكتئاب، وربط بين البنية الجسمية متوسطة التركيب- والتي تقابل المزاج البدني- بالمكون البارانى والذي يمكن أن ينتهي بمرض البارانويا. كما ربط بين البنية الجسمية خارجية التركيب -وهو ما يقابل المزاج المخي- بالمكون العضلي الذي يمكن أن ينتهي بمرض الفصام (كفافي ١٩٨٧، ١١٨).

ورغم الانتقادات التي وجهت إلى أعمال شيلدون -وكان بعضها قد وجه إلى كريتشمر قبله- مثل إغفاله بعض العوامل كعامل السن وعامل التغذية واحتمالية عدم دقة القياس للأبعاد الجسمية وقضية العلة والمعلول من حيث البنية الجسمية والبنية السيكولوجية أيهما يسبق وأيهما يلي الآخر، فإن أعمال شيلدون ومن قبله كريتشمر فتحتَ الطريق عريضا وممهدا لباحثين آخرين ليستمروا في دراسة العلاقة بين الأبعاد الجسمية كما يدركها الفرد أو ما يسمى بالذات الجسمية أو صورة الجسم وهو المفهوم الذي نحن بصدده.

٢- بزوغ فكرة صورة الجسم:

يعرِّف «جابر وكفافي» صورة الجسم بأنها صورة ذهنية نكونها عن أجسامنا ككل بما فيها الخصائص الفيزيقية والخصائص الوظيفية (إدراك الجسم) واتجاهاتنا نحو هذه الخصائص (مفهوم الجسم). على أن صورة الجسم تنبع لدينا من مصادر شعورية ومصادر لا شعورية وتمثل مكونا أساسيا في مفهومنا عن ذواتنا (جابر، كفافي ١٩٨٩، ٤٤٨).

ولصورة الجسم مكونات مختلفة، كما أن هذا المفهوم يتطور عبر المراحل العمرية، كما تؤثر الثقافة التي يعيش في ظلها الفرد والمعايير التي تضعها للجمال والجاذبية والتفوق على مدى الرضا الذي يستشعره الفرد عن صورة جسمه. ولكننا سنتخطى هذا كله ونشير إلى علاقة صورة الجسم أو بالأحرى الرضا عن هذه الصورة وبعض المتغيرات السيكولوجية والتي ترتبط ارتباطا وثيقا بتوافق الفرد وبنصيبه من الصحة النفسية تأكيدا على العلاقة بين الوظائف الجسمية والوظائف النفسية موضوع هذا الفصل.

ومن المتغيرات النفسية التي درست في علاقتها بصورة الجسم فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa وهو من أنواع اضطرابات الأكل. وينتشر بدرجة أكبر بين الإناث، وكثيرا ما يكون مصحوبا بانقطاع الطمث. ومن المعروف أن البنات لا يبلغن جنسيا إلا إذا وصلت نسبة الدهون في أجسامهن إلى نسبة ١٧٪ من الوزن. ويصاحب فقدان الشهية أيضا ظواهر القيء والنقص الحاد في الوزن والهزال. وكثيرا ما يفسر هذا الاضطراب عند البنات بأنه رغبة منهن في أن يبقين كالصبيان،

وبالتالي يتـجنبن أعبـاء النمو والنضج والقيـام بأدوارهن الأنثوية والزواجـية (انظر جابر، كفـافي ١٩٨٨، ٢٠٠ وعبد الخالق، النيال ١٩٩٢، ٦٢). كـذلك فإنه قد يكون من عوامل شيوع هذا الاضطراب عند المراهقات أنهن يخفن من تناول الطعام خشية الإصابة بالسمنة المفرطة Excessive obesity.

والوجه الآخر من فقدان الشهيـة هو الشهية المفرطة أو الشره Bulimia وهو اضطراب آخر من اضطرابات الأكل وهو وثيق الصلة بصورة الجسم. حيث يقع فيه الفرد فريسة «لنوبة أكل» لا يستطيع أن يقاوم فيها رغـبته المستمرة في ازدراد كميات كبيـرة من الطعام. وعادة ما يتبع نوبة الأكل هذه حـال من المزاج المكتئب والتقليل من قيمة الذات (جابر، كفافي ١٩٨٩، ٣٤٩٢).

ومن المتغيـرات النفسية الهامة التـي لها علاقة وثيقة بصـورة الجسم أو برضا الفرد عن صورة جسمه تقدير الذات. وقد كشفت البحوث بوضوح أن عدم الرضا عن صورة الجـسم مصدر أساسي لانخـفاض مفـهوم الفرد وتقديره لذاته. وتشـير الدراسات إلى أن الإناث هن اللائى أكـثر انتبـاها إلى أجسامـهن من نظرائهن من الذكور، وهن كـذلك أقل رضا عن أجـسامهـن من الذكور. ولاستكمـال سلسلة التفـاعلات النفسـية والتي تبدأ بـعدم رضا الفـرد عن صورة الذات، والذي يؤدي بدوره إلى انخفاض تقـدير الفرد لذاته نقول أن هذا التقديـر المنخفض للذات يفتح الباب لخبرة الفرد للمشاعر الاكتئابية.

والاكتئاب من المتغيرات الأساسـية التي درست في علاقتها بصورة الجسم - حيث تؤكـد الدراسات أن المشـاعر الاكتـئابية ترتبط بـعدم رضا الفـرد عن صورة جسمه وينسحب هذا الأمر على الذكور والإناث. وقد يتوسط تقدير الذات العلاقة بين صورة الجـسم والرضا عنها من ناحـية والشعور بالاكـتئاب من ناحيـة أخرى. كذلك لا نسـتطيع أن نغفل مشـاعر القلق التي يمكن أن تتوسط العـلاقة بين هذين المتغيرين. فتـقدير الذات المنخفض والقلق متغيرين أساسـيين يتوسطان عدم الرضا عن صورة الجسم والمشاعر الاكتئابية.

وعلى هذا فإن القـلق اضطراب عصابي وثيق الصلـة بصورة الجسم خـاصة القلق الاجتـماعي Social Anxiety. فعـدم الرضا عن صورة الجـسم يرتبط بقلق مواجهة الآخرين تجنبا للأحكام والتقييمات السلبية حول صورة الجسم، بينما صورة

الجسم تجعل الفرد أكثر فاعلية في التعامل مع الآخرين فضلا عن إقدامه على المواجهة الواثقة.

ومن الزملة النفسية التي ترتبط بصورة الجسم مثل تقدير الذات والاكتئاب والقلق الشعور بالذنب Sense of Guilt أيضا. والشعور بالذنب تأنيب ذاتي يرتبط بإدراك الفرد لتنصله من مسئوليته ومخالفته للقواعد الأخلاقية. ويتضمن الشعور بالذنب أو بالإثم في معظم الحالات فقدان تقدير الذات وكذلك خبرة المشاعر الاكتئابية والقلق أيضا. وهكذا ترتبط هذه المتغيرات النفسية الأربعة بصورة الجسم ورضا الفرد عنها أو عدم رضائه، والتي تعد عاملا مؤثرا في سلوكه خاصة في مجال العلاقات الاجتماعية.

ثانيا- الاستثارة الحسية:

١- مفهوم الاستثارة الحسية:

والاستثارة الحسية Sensation Seeking مفهوم آخر يمثل أحسن تمثيل العلاقة الوثيقة بين الوظائف الجسمية والوظائف النفسية ويبين مدى التفاعل بين الجسم وآلياته والنفس وآلياتها مما يؤكد وحدة الكائن الحي وتكامل وظائفه. والحقيقة أن الاستثارة الحسية كما عرفها «زوكرمان» (Zuckerman) تعني الحاجة إلى البحث عن خبرات وإحساسات متنوعة وجديدة ومعقدة، فضلا عن الاستعداد العام لمواجهة المخاطر الجسمية والاجتماعية من أجل الحصول على إحساسات مثيرة ومنبهة في الآن ذاته (Zuckerman, 1984, 108) وبعبارة أخرى فإن الاستثارة الحسية ميل يؤدي إلى استثارة سلوك الكائن الحي وتوجيهه نحو هدف محدد ألا وهو الاستثارة العامة.

ومما هو جدير بالذكر أن الاستثارة الحسية تتباين من فرد إلى آخر، شأنها في ذلك شأن أي سمة من سمات الشخصية. فهناك من يندفع بحثا عن الخبرات الجديدة وهناك من يحجم ويتجنب التعرض لهذه الخبرات، وعلى هذا فإن ما يضبط عمليتي الإقدام أو الإحجام للاستثارة الحسية هو كل من وظيفتي الاستثارة الكف. وهذا يشير إلى أن الاستثارة الحسية تخضع لمبدأ الفروق الفردية في الاستثارة.



٢- كيف تبلور مفهوم الاستثارة الحسية:

لم يظهر مفهوم الاستثارة الحسية على نحو فجائي بل إنه كان تطورا لمفاهيم سبقته ومهدت له. وكانت هذه المفاهيم التي سبقت ظهور مفهوم الاستثارة الحسية بمثابة تطورات انتهت بتبلور مفهوم الاستثارة الحسية. وتتمثل هذه التطورات في نظرية قوة الجهاز العصبي Strength of the Nervous System التي صاغها بافلوف، ونموذج سترلو-جراى الفيزيولوجي Sterlau- Gray physiological Model لتفسير الشخصية، ونظرية إيزنك في الشخصية Eysenck Personality Theory، وأخيرا النظرية البيولوجية Biological Theory أو نظرية زوكرمان في الاستثارة الحسية Zuckerman Sensation Seeking Theory . وسنشير إلى كل من هذه التطورات إشارة سريعة يتضح منها كيف أن مفهوم الاستثارة الحسية في تطوراته -وكما هو في صورته الحالية- نموذج جيد للعلاقات الوثيقة بين الوظائف الحسية والوظائف النفسية.

١/٢ نظرية قوة الجهاز العصبي -بافلوف:

إن النجاحات التي أحرزها «بافلوف» (Pavlov) في مجال فيزيولوجيا الهضم واكتشافه للفعل المنعكس الشرطي جعل لديه يقينا بأن علم وظائف الأعضاء أو علم الفيزيولوجي قادر على تفسير الظواهر النفسية. وعلى هذا الأساس أرجع بافلوف الفروق في الشخصية إلى الخلل الذي يحدث في العمليات العصبية خاصة عمليتي الإثارة والكف.

ولكي يدلل «بافلوف» على صحة نظريته أجرى سلسلة من التجارب على الحيوانات، وبناء على نتائج هذه التجارب صنف الحيوانات من حيث النشاط العصبي على أساس ثلاث خواص هي: القوة و التوازن و الحركية.

ويعني **بالقوة** قوة خلايا اللحاء بحيث تتحمل عمليتي الإثارة والكف اللتين يتعرض لهما الكائن الحي أحيانا.

ويعني **بالتوازن**: التعادل بين قوة عملية الإثارة وقوة عملية الكف.

ويعني **بالحركية**: درجة المرونة بين عمليتي الإثارة والكف أو القدرة على التغير والتكيف تبعا لمقتضيات البيئة.



وهناك كائنات حية يتصف جهازها العـصبي بقدرة الخلايا على التحمل كما يتصف بـالتعادل والمرونة بـين عمليتي الـكف والإثارة. وهناك كائنات ذات جـهاز عصبي ضعيف، كما قد تكون إحدى العمليتين (الكف والإثارة) أقوى من الأخرى . (كفافي، ١٩٨٩، ٣١-٣٢).

٢/٢ نموذج سترلو -جراى *الفيزيولوجي في الشخصية*:

حاول «سـترلو» دمج نشاط الغدة الكظـرية ونشاط كل من الجهاز العـصبي التلقائي واللحـاء واعتبرهمـا الأساس البيولوجي للفـروق الفردية في الشخـصية. وأطلق عليها مصطلح الأمزجة Temperaments. وقد ركز «سترلو» على العوامل البيولوجيـة التي تشكل العمليات التطورية Evolutionary process وأعطاها مكان الصدارة فـي تحديد أنماط الشـخصيـة أكثـر من تركيـزه على المحددات البـيئـية أو الفيزيقـية. ومن ثم فقد اعـتبر سترلو أن الفـروق في الأمزجة والاستـجابات نحو المثيرات هي المسئولة عن الفروق الفردية في الشخصية.

وأوضحت الدراسات أن ذوي نمط المزاج الاستجابي المرتفع يفضلون الأعمال المعقـدة فضلا عن تلك التي تتـضمن إثارة وتبتعـد عن التقليدية. كـما يميلون إلى ممارسـة الأعمـال التي تثـيـر حب الاستطلاع لديهـم، إذ إنها تثـيـر الانفعـالات الإيجـابية، وذلك بالمقـارنة بالمفـحوصين من ذوي المزاج الاسـتـجابي المنخـفض (كفافي، النيال، ١٩٩٦، ١٢).

وربما يعكس النمط الاسـتجـابي المرتفع نمطا من أنماط الشـخصيـة هو الذي نحن بصدد دراسته ألا وهو: الاستثارة الحسية. ويبدو أن النمط الاستجابي المرتفع يمثل النمط الدمـوي لدى «أبو قراط وبافلوف»، حيث يبـحث عن خبـرات جديدة غير تقليدية، وهو مفعم بالحيوية والنشاط يحـتاج إلى الإشباعات الحسية والعقلية، ومن ثم فهو يميل إلى البحث عن مستوى أعلى للاستثارة.

أما بالنسبة لـ «جراى» فقد استعـان بالاتجاه الفيزيولوجي العصبي في تفسيره للفروق الفـردية في الشخصيـة، إذ حاول أن يدمج في رؤيته للفـروق الفردية في الشخصـية بين الجهاز العـصبي -وهو الاتجاه الذي انتهجـه بافلوف من قبل- وبين نظريات الشخصية وبالأخص نظرية إيزنك.



ويوضح «جراى» أن الفروق الفردية في الشخصية تعود إلى بُعْدَى القلق والاندفاعية. فذوو المستويات المرتفعة من القلق هم أكثر حساسية للإثارة ومن ثم نجدهم يشعرون بعدم الارتياح والتوتر حين يتعرضون للمواقف الجديدة والخبرات غير التقليدية، في حين يختلف الأمر لدى أصحاب المستويات المرتفعة من الاندفاعية، فهم يبحثون عن مستويات الإثارة المثلى ويسعون وراء الخبرات الجديدة والمغامرة والمخاطرة. ويبدو هنا ميل «جراى» إلى دمج الاتجاه الفيزيولوجي والاتجاه النفسي من خلال تحديد النظم الفيزيولوجية التي تكمن وراء أبعاد الشخصية كالقلق والاندفاعية.

٣/٢- نظرية إيزنك في الشخصية:

ويتضح لنا التطور الثالث الهام في مسيرة مفهوم الاستثارة الحسية في نظرية إيزنك للشخصية وخاصة في الجزء الخاص ببعد الانبساط -الانطواء كأحد الأبعاد الرئيسية في الشخصية، فقد قدم إيزنك نموذجا تفصيليا لهذا البعد من أبعاد الشخصية، وأوضح من خلاله مدى تفاعل العوامل الوراثية والعوامل البيئية للوقوف على محددات بعد الانبساط. وهناك أربعة مستويات تمثل ميكانزمات هذا البعد في الشخصية في ضوء عامل الإثارة -الكف، وهذه المستويات الأربعة هي:

- يمثل المستوى الأول : الإثارة والكف كتكوين نظري يتحدد بالتأثيرات الوراثية كلية، وهذا الجزء الوراثي أو الجبلّي من الشخصية يمكن قياسه عن طريق ظواهر تجريبية يمكن ملاحظتها.
- ويتمثل المستوى الثاني: في الظواهر التجريبية التي أشير إليها في المستوى الأول. ومن هذه الظواهر التشريط، دوام الصور اللاحقة، التيقظ Vigilance، الاختزان العصبي، الآثار الشكلية اللاحقة Figural After Effect. وهذه الظواهر الأخيرة لا تعتمد على الوراثة كلية، ولكن العوامل البيئية تؤثر فيها بدرجة أقل بما يحدث في السمات.
- وفي المستوى الثالث: توجد العادات السلوكية أو السمات مثل الاجتماعية والاندفاعية والنشاط وغيرها وهي التي تستخدم أساسا لتحديد الانبساط -الانطواء، أو هي مكوناته الأساسية. ونتعامل في هذا المستوى مع الشخصية من الناحية السلوكية، وهي تتشكل عن طريق تفاعل العوامل

الجبلّية للشخصية (توازن الاستثارة والكف) والتأثيرات البيئية. فالسلوك الملاحظ إذن دالة أو وظيفة لهذا التفاعل حيث يؤدي هذا التفاعل إلى فروق سلوكية وصفية تبدو ظاهرة في الانبساط -الانطواء.

- وعند المستوى الرابع: والأخير توجد اتجاهات معينة كمذهب السعادة والتوعية والتعصب العنصري وما إلى ذلك. (كفافي، النيال، ١٩٩٦، ١٣).

ونخلص من ذلك إلى أن بعد الانبساط -الانطواء عند إيزنك محصلة لتفاعل العوامل الوراثية والعوامل البيئية. والتفاعل محدد وواضح بين هذه العوامل مجتمعة ودور كل منها معروف ومحدد المعالم. وقد أجرى بعض الباحثين دراسات على التوائم المتماثلة والتوائم غير المتماثلة أيدت ما ذهب إليه إيزنك.

٤/٢ - النظرية البيولوجية أو نظرية زوكرمان في الاستثارات الحسية:

كانت نظرية إيزنك في الشخصية بصفة عامة وتفسيره لبعد الانبساط- الانطواء في ضوء عمليتي الكف والإثارة أفضل تمهيد للنظرية البيولوجية أو نظرية زوكرمان التي بلورت مفهوم الاستثارة الحسية، وقدمته إلى الميدان كمفهوم مكتمل يجسد أفضل تجسيد العلاقة الوثيقة بين الوظائف الجسمية والوظائف النفسية. وسمة الاستثارة الحسية كما قدمها زوكرمان تعرض لوجهة نظر مغايرة لوجهات نظر من سبقوه، وقد تشجع على إثارة فكر الباحثين، بل قد تجبر البعض منهم على إعادة النظر في تفسير السلوك الإنساني والوقوف على كيانه، فضلا عن أنها قد تضيف بعدا جديدا في مجال دراسة الفروق الفردية في الشخصية.

وقد بدأ «مارفن زوكرمان» (Zuckerman,M.) في بناء نظريته منذ بداية الستينيات في القرن العشرين متناولا ما أسماه مستوى التنبيه الأمثل أو مستوى الاستثارة الأمثل Optimal Stimulation Level (O.S.L) وجعله بعدا في الشخصية. وبعبارة أخرى افترض زوكرمان أن الفروق الفردية في المستوى الأمثل للتنبيه أو الإثارة وهو بعد أساسي في الشخصية تفسر الفروق في الاستجابة للمثيرات التي يتعرض لها الكائن الحي أو للحرمان الحسي الذي يقابله.

وقد كانت نظرية إيزنك كما قلنا خير ممهد لنظرية زوكرمان خاصة ما قدمته من أن المنطوين لديهم مستوى مرتفع من الاستثارة اللحائية في حين أن المنبسطين لديهم مستوى منخفض، وأن المنبسطين لديهم مستوى أمثل من التنبيه Optimal Level of Stimulation (O.L.S) ولذا نجدهم يشعرون بالراحة عند تعرضهم للمستويات المرتفعة من التنبيه، والعكس صحيح بالنسبة للمنطويين.

وقد توصل زوكرمان إلى أن هناك ارتباطا سالبا بين الاستثارة الحسية وخميرة الأمينات الأحادية Monoamine Oxidase (MAO) وهي عبارة عن إنزيمات يفرزها الجهاز اللمبي، ولها وظيفة الكف أو التثبيط في حالات الابتهاج Euphoria أو العدوان أي أن العلاقة بينها وبين السلوك النشط علاقة سالبة، بمعنى أنه كلما زاد إفراز خميرة الأمينات الأحادية -كما يتم قياسها في بعض الأحيان في صفائح الدم- انخفض السلوك النشط.

وبناء على ذلك يمكن أن نستخلص أن الأفراد من ذوي الاستثارة الحسية يتميزون بمستويات منخفضة من خميرة الأمينات الأحادية، إذ إنها تعمل على كف وتثبيط للناقلات العصبية الخاصة بالأمينات الأحادية. وقد يفسر لنا هذا التأثير العلاجي الذي يستشعره مريض الاكتئاب عندما يتعاطى عقاقير تتضمن مثبطات لخميرة الأمينات الحادية، وحيث يشعر المريض بالنشاط نتيجة كف الكف.

وعلى هذا يمكن تصور أن المستثارين حسيا يحاولون البحث عن مثيرات احتمالية غير معرضة لعملية التثبيط أو الكف. فهم يبحثون عن مثيرات تشبعهم حسيا وعقليا. ولذا نجدهم يميلون إلى الاشتراك في حفلات تحيطها الإثارة أو يحبون التعرض لمخاطر جسمية أو معنوية أو مادية.

وثمة دلائل على أن هناك علاقة قوية بين الاستثارة الحسية المرتفعة والانبساطية. فعلى الرغم من اعتراض زوكرمان على فكرة كون الاستثارة الحسية سمة تابعة لبعد الانبساط، وتأكيده لاستقلاليتها التامة عن بعد الانبساط إلا أن المكونات التي أوردها «ايزنك» من خلال دراساته على بعد الانبساط أسفرت عن أن الاستثارة الحسية إحدى مكوناته (Eysenck, H.& Eysenck, S. 1985. 13, 14).

ويلاحظ كثير من النقاد أن زوكرمان بنظرياته البيولوجية في الاستثارة الحسية رأى الجسور القوية التي تربط بين الجانب البيولوجي الجسمي والجانب العقلي

النفسي في الإنسان وتجاوز بكفاءة النزعة الثنائية في النظر إلى الإنسان مؤكدا كليته من وظائف جسمية ووظائف عقلية. بل إن زوكرمان من خلال نظريته تخطى بعض الثنائيين في تفكيرهم الذين اضطروا إلى الاعتراف -في مواجهة نتائج البحوث النظرية والممارسات الكلينيكية- بأن كلا من الجانب الجسمي والجانب العقلي يؤثر ويتأثر بالآخر، وذلك لأن زوكرمان ينظر إلى الإنسان ككل واحد متكامل له جانب جسمي وله جانب عقلي، وإن الميكانزمات الجسمية كما تتفاعل معا تتفاعل أيضا مع الميكانزمات العقلية أو النفسية، وبالمثل فإن الميكانزمات النفسية كما تتفاعل معا تتفاعل أيضا مع الميكانزمات الجسمية.

القسم الرابع

التعلـــق

أولا- ما التعلق؟

التعلق Attachment من المفاهيم التي تجمع بين الوظائف الجسمية والوظائف النفسية. وهو مفهوم قدمه «جون بولبي» (John Bowlby) وهو أحد المفكرين الذين تأثروا بالفكر الفرويدي. وقد قدم بولبي هذا المفهوم في مجال وصف وتفسير العلاقة بين الطفل ووالديه. وقد تأثر بولبي باتجاه نظرية التحليل النفسي في الإعلاء من قيمة السنوات الأولى من العمر وأثرها الكبير على حياة الرشد فيما بعد. وقد تابع بولبي التحليل النفسي في ذلك ولكنه أضاف إلى ما جاء به فرويد طابعا تطوريا إيثولوجيا Ethological [(١)]؛ ولذا فإن بولبي يذهب إلى أن الدافع لبناء الروابط الانفعالية القوية مع شخص معين يكون أساسا في الطبيعة الإنسانية. وهي حاجة متجذرة في الطبيعة البيولوجية للإنسان أي في الجرائيم الوراثية للوليد الجديد (Bowlby, 1988,3). ومثل هذه العلاقات -لذلك- لها قيمة بقائية

---

(١) يستخدم لفظ إيثولوجي Ethnology الآن في علم النفس بمعنى العلم متعدد المداخل - interdisci-plinary science أي العلم الذي يوظف مجموعة من العلوم هي علم الحيوان وعلم الأحياء وعلم النفس المقارن. ويهتم بالملاحظة الدقيقة لسلوك الحيوانات في بيئتهم الطبيعية وبتنمية التنظير عن خواص هذا السلوك من حيث إنه إنتاج للتفاعل بين العوامل الوراثية والعوامل البيئية (انظر مدخل إيثولوجي: في جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثالث ص ١١٩٠).

Survival Value لأنها توفر الرعاية للرضيع. إن علاقـات التعلق تنمو على قاعدة من الإشباع البيولوجي ممثلا في الإطعام والحاجـات الجسمية والإشباع النفسي ممثلا في الأمن والحماية.

وفي كتـابات بولبي وفي كتـابات «مارى اينزورث» Mary Ainsworth أيضا والتي لا تقل أهمية وتأثيرا عـن كتابات بولبي تتكرر المفاهيم الأساسية أو المفـتاحية متـمثلة في الرابطة الوجـدانية[1]. ورابطة التعلق[2] وأساليب السلوك الدال على التعلق أو سلوك التعلق[3].

وتحدد اينزورث الرابطة الوجـدانية كرابطة مستـمرة لفترة طويلة نسـبيا يكون فيـها الشريك كفـرد هام وفريد في التعـامل المتبادل. وفي الرابطة الوجـدانية هناك رغبة في الحفاظ على القرب من الشريك. وتحدد اينزورث التعلق كصورة من صور الروابط الوجدانية التي يشعر الفرد من خلالها بالأمن. فعندما يتعلق الطفل بوالدته

---

(١) الروابط الوجدانية أو الأواصر الودية Affectional Bond هي مشاعر الود والتعلق العاطفي بين أفراد الإنسان أو حتى بين الإنسـان والحيوان. وتفصح هذه الروابط أو الأوامر عن نفسـها عن طريق بعض الأنشطة كـالتعلق والتـدليل والربت والضم إلى الصـدر. وهناك من الدلائل مـا يشيـر إلى أن هذه الأواصر توجـد أيضا عند فـقد إنسان عـزيز، وعند الحزن، وعند القلق المرتبط بـخبرات الانفـصال (جابر، كفـافي، معجم علم النفس والطب النفسي -الجـزء الأول ٨٦- ٨٧). وهناك مصطلح يكاد يكون مشابها لهذا المصطلح ويستـخدم كبديل أحيانا وهو «تعلق ودي» Affectional Attachment ويعني العلاقات الودية المشبعة بالحنان نحو موضوع الحب الأول (غالبا ما يكون هذا الموضوع ممثلا في الأم. وإن لم يكن دائما. وقد يمتـد التعلق إلى أعضاء آخرين في الأسرة بل إلى الحـيوانات الأليفة). وتبدأ التـعبيرات عن الود وللمحـبة في نهاية العام الأول علـى وجه التقريب. وتتـولد بالتدليل وضم الطفل إلى الصدر والتـقبيل والكلمات والأفعـال الدالة على الملاطفة، وكذلك تتولد بتـوافر اتجاهات الشفـقة ومراعـاة المشاعر وبوجود المحـبة بين الوالدين (جـابر، كفافي، معـجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الأول ٨٦).

(٢) رابطة التعلق Attachment Bond هي علاقـة أولية خاصـة تتكون وتنمو تدريجيـا بين الطفل وأمه الحقيقيـة أو بديلها، ويخبرها الطفل في النصف الثاني من عامه الأول حـيث يمكنه التعرف على أمه جيدا (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي. الجزء الأول ٢٩١).

(٣) سلوك التعلق Attachment Behavior نمط من السلوك نحـو صورة الأم التي تنمـو من سن سـتة شهور وما بعدها. وسـلوك التعلق بصفة عامة يصدق على الشخص الذي يحـقق اقترابا من شخص آخر ويحـافظ على هذا القرب ويكون مفـضلا عنده، ويراه أقوى منه وأكـثر حكمة، ويشـتمل هذا السلوك على الإشبـاع والتعلق والبكاء والنداء والتـحية والابتسـام وغيرها من الصـور الأكثر تعقـيدا (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسـي. الجزء الأول، ٢٩٠).

فإنه يشعر بإحساس خاص بالأمن والراحة في وجودها، ويمكنه أن يستخدمها حينئذ كقاعدة آمنة Secure or Safe Base يمكن أن ينطلق منها لاكتشاف بقية العالم المحيط به. وسنتحدث عن بعض جوانب عملية التعلق التي تخص موضوعنا وهي العلاقة بين الوظائف الجسمية والوظائف النفسية، فنشير إلى تفسير التعلق أو نظرية التعلق، ثم نتحدث عن مَراحل التعلق ثم أنماطه.

ثانيا - نظرية التعلق:

والسؤال الذي يوجهه المهتمون بموضوع التعلق باعتباره مفهوما يربط بين الوظائف الجسمية والوظائف النفسية هو: لماذا يتعلق الطفل بالوالدين؟ وأشهر الإجابات على هذا السؤال هو ما قدمته النظريات الكبرى من قبيل نظرية التحليل النفسي بتنويعاتها المختلفة ونظرية التعلم والنظرية الإيثولوجية:

أما نظرية التحليل النفسي فتتلخص فيما ذهب إليه فرويد من أن علاقة الوليد بأمه من النوع «الفريد والذي ليس له مثيل» (Unique and umparalleled). وقد اعتبر هو وأتباعه أن اللذة التي يشتقها الوليد من الإطعام هي الأساس في النمو والارتقاء في إطار العلاقة الأولية مع الموضوع Primary Object Relationship وعادة ما يتمثل هذا الموضوع في شخص الأم.

وأما نظرية التعلم فتؤكد على استجابة الأم. فأصحاب هذه النظرية يرون أن التعلق ينمو من خلال سلسلة من أساليب السلوك المدعمة تبادليا. فالطفل يبتسم والأم تفسر الابتسامة كعلامة على الارتياح والرضا والاهتمام، وتبتسم هي الأخرى فيستجيب الطفل بابتسامة، وبمحاولة نطق بعض المقاطع. والأم تقلد المقاطع الصوتية التي تصدر عن الطفل وتلمسه. وهكذا تتقدم عمليات التفاعل المؤدية إلى نشوء التعلق. ومن الواضح أن التعلق لن ينمو نحو راشد غير مستجيب. ويرى بعض من علماء هذه النظرية من أصحاب التوجه السلوكي أن الأطفال يمكن أن يتعلقوا فقط بالراشدين الذين يشبعون لهم حاجات أساسية معينة كالحاجة إلى الطعام والحاجة إلى الإثارة.

وأما نظرية علم الإيثولوجي فتمثل وجهة نظر أحدث، وباعتبارها أحد التوجهات ذات الطابع البيولوجي في تفسير السلوك فإنها تذهب إلى أن التعلق

يقوم على أنماط موروثة وهي التي تسهل بقـاء الكائن الحي. فالأطفال الذين يبقون بجانب أمهاتهم لديهم فـرصة أكبر للبقاء والمص والتعلق. كـذلك فإن الكبار أيضا مبرمجون بيولوجيا للاستجابة الاعتنائية لسلوك الصغير.

وقد كان للتـجارب التي أجراها «هارى هارلو» (Hary Harlow) على بعض القردة في معامل جامعة وسكونسن أثر كـبير في إلقاء الضوء على تعلق الحيوانات بأمهاتها حيث اتضح أن التنبيه اللمسي له قيمة إثابية غير متعلمة. وقد دعمت هذه النتائج ما كانت قد وجدته «مارجريت ريبل» (Margret Ribble) من أن تناول الأم للطفل وتدليله واحتضانه وتقـبيله يوفر له قيمة إثابية متـمثلة في لذة حشوية تكون قاعدة للتـعلق مع الأم. وتتحدث عن أن هناك حاجة فطرية عند الوليـد للاقتراب من الأم والالتصاق بهـا حيث إن هذا الاتصال الجسدي بما يوفـر من تعلق إيجابي بالأم يمهد للنمو النفسي السليم للطفل فيما بعد (Ribble, 1944, 640).

ثالثا - مراحل التعلق:

ينمو تعلق الوليـد بالوالدين خاصة الوالدة بالتدريج. وقـد افترض بولبي أن تعلق الوليـد بأمـه يمر بثـلاث مـراحل (Bowlby, 1969). وقـد وضع بولبي هذا التـصور عـام ١٩٦٩ وقـد ظل هذا التصـور صـحيـحا في مـجـمله رغم بعض التفصيلات والإضافات التي أضافها هو أو مارى اينزورث. والمراحل الثلاث هي:

المرحلة الأولى:

مـرحلة الإشارة والتـوجـه غيـر المتـمركـزين Non- Focused Orienting & Singling يذهب بولبي إلى أن الرضـيع يبدأ حـياته بمجـموعـة من أنماط السلوك النظرية التي توجهه نحو الآخرين وتشير إلى حاجاته. وتصف مارى اينزورث هذه الأنماط كأساليب تهدف إلى ما أسمـته ترقية التقارب Proximity Promoting التي تجعـل الناس أكثـر قربا. وفي رصـيد الطفل حـديث الولادة توجد أنماط الـصراع والاتصال البصري والالتصاق بالأم والضم إلى الصدر والاستجابة إلى جهود القائم بالرعاية بأن يبقى هادئا. وتقول اينزورث أن هذه الأساليب التـعلقية تصدر ببساطة وتلقائية أكثر من كونها تصدر موجهة نحو شخص بعينه (Ainsworth, 1989, 710) وفي هذه المرحلة التي تشمل الشهـور الثلاثة الأولى ليس هناك دلائل على حدوث تعلق فعلي وحقيقي إلا أن جذوره يمكن أن توجد.

المرحلة الثانية:

التركيز على واحد أو أكثر من الشخصيات: Focus on One or More Figures وعندما يبلغ الرضيع ثلاثة أشهر من العمر يبدأ في توجيه سلوكه التعلقي على نحو يتحقق فيه الاهتمام وينطبق على فرد أو أفراد، ويتبلور نحوه أو نحوهم السلوك الدال على بداية التعلق. فهو يبتسم بدرجة أكبر إلى الناس الذين يعتنون به على نحو منتظم بعد أن كان يبتسم إلى كل من يقترب منه ويحاول مداعبته، بل أكثر من ذلك فإنه في هذه المرحلة قد لا يبتسم طواعية أو بسهولة للغريب.

المرحلة الثالثة:

سلوك القاعدة الآمنة: Secure or safe Base Behavior يظن «بولبي» أن الرضيع لا يخبر شعور التعلق الحقيقي والكامل إلا عندما يصل عمره إلى منتصف العام الأول. كما أن التعبير عن التعلق قد يتغير أيضا لأن الطفل في شهره السابع أو الثامن يكون قادرا على التحرك بحرية أكبر عن طريق الحبو أو الزحف. وعليه فإنه يستطيع أن يتحرك نحو الأم أو القائم برعايته أو أنه يغري القائم برعايته على أن يأتي إليه. والطفل في هذه المرحلة يستخدم الشخص الأكثر أهمية The Most Important Person كقاعدة آمنة ينطلق منها ليكتشف العالم المحيط به. وهذا السلوك واحد من أهم العلاقات المفتاحية التي تدل على أن التعلق الحقيقي عند الطفل بالقائم على رعايته قد حدث.

رابعا- أنماط التعلق:

درست ماري اينزورث وباربارا وتنج Ainsworth, M.& Witting, B. مواقف التعلق، وصمما مواقف تتضمن الأم مع امرأة غريبة، وهي المواقف التي تستخدم في التجارب التي تهدف إلى قياس شدة التعلق ونوعيته، ولمعرفة درجة حدة الانفصال عن الأم واستجابة الطفل في هذه المواقف. وقد رتبت الباحثتان الموقف كالآتي:

- تحضر الأم طفلها إلى غرفة اللعب بالمعمل. وتضعه على الأرض بجانب تشكيلة متنوعة من الألعاب الجذابة، وتذهب لتجلس على كرسي في أحد أركان الغرفة.



- بعد مدة قصيرة تدخل امرأة غريبة تجلس بجانب الأم وتتحدث معها.
- تحاول السيدة الغريبة أن تندمج مع الطفل في اللعب بينما تنسحب الأم بهدوء من الحجرة.
- تبقى تفاعلات السيدة الغريبة مع الطفل تحت الملاحظة الدقيقة (في غياب الأم).
- تعود الأم إلى الحجرة بعد ثلاث دقائق ويكون اجتماع شملها مع الطفل تحت الملاحظة الدقيقة.
- تذهب السيدة الغريبة خارج الغرفة وتخرج الأم أيضا وتترك الغرفة لدقائق قليلة.
- أخيرا تعود الأم مرة أخرى 1969 Ainsworth.& Witting))

وبناء على هذه التجارب استطاعت اينزورث (Ainsworth, 1973) أن تحدد ثلاثة أنماط متميزة من الأطفال حسب استجاباتهم في هذه التجارب:

النمط الأول: الأطفال أصحاب التعلق الآمن:

ويشمل هذا النمط ثلثي الأطفال (٦٦٪) الذين اشتركوا في التجارب. وقد حددوا بأنهم من أصحاب التعلق الآمن أو المتعلقين على نحو آمن Security Attached لأنهم استخدموا أمهاتهم كقاعدة آمنة ينطلقون منها ويكتشفون اللعب القريبة منهم، والبيئة المحيطة بهم، ثم يقفلون عائدين إلى أمهاتهم عندما يشعرون بالحاجة إلى ذلك. ويظهر الطفل هنا وكأنه يتزود بجرعة من الأمن والطمأنينة تدفعه إلى المزيد من التجول والاستكشاف وتلمس البيئة المحيطة ثم يعود إلى الأم ليتزود بجرعة من الأمن. وبعض الأطفال من أصحاب التعلق الآمن يظهرون الكدر أو الضيق عند الانفصال عن الأم، بينما لا يظهره بعضهم، ولكنهم كانوا كلهم يحبون أمهاتهم بسعادة عندما يعدن ويجلسن بالقرب منهم أثناء اللعب. وكان كل الأطفال الرضع المتعلقين بأمهاتهم تعلقا آمنا يظهرون بوضوح اهتماما أكثر بالأم من السيدة الغريبة.

النمط الثاني: الأطفال المتجنبون:

ويشـمل هذا النمط حـوالي ٢٢٪ من الأطفال المبـحـوثين. وقد أسـمتـهم اينزورث الأطفال المتجنبون Avoidant Children وقد سموا كذلك لأنهم يتجاهلون الأم عند عودتها ويستجـيبون بمداعبتها بأن يشيحـوا بوجوههم عنها، ولا يحاولون إقامة أي نـوع من الاتصال بها، ونادرا ما يسـمحون لأحد بأن يحـملهم حتى في غياب الأم. ويتجاهلون السيدة الغريبة أيضا بنفس الطريقة التي يتجاهلون بها الأم. ومن المثـير أن وجود السـيدة الغـريبة كـان مريحـا لبعض الأطفـال الرضع الذين يكرهون أن يكونوا بمفردهم.

النمط الثالث: الأطفال المقاومون:

ويمثل هذا النمط البقية الباقية من الأطفال إذ يمثل الأطفال المقاومون Resist-ant Children نسبة ١٢٪ من مجـموع الأطفال المبحوثين. وقد اعـتبرتهم اينزورث مقـاومين لأنهم يكونون منزعجين إلى درجة كـبيرة عندمـا تغادر أمهاتهم الغـرفة، ولكنهم في نفس الوقت لا يسـتريـحون عند عـودتهن، بل ويتملصـون منهن، أو حتى يدفعونهن جانبا.

☺☺☺☺☺☺

مراجع الفصل الثالث

١- أحمد عبد الخالق، مايسة النيال (١٩٩٢): فقدان الشهية العصبى وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية. دراسات نفسية، ك٢، ج١.

٢- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٨٩) معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثاني، دار النهضة العربية، القاهرة.

٣- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٩٠) معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثالث، دار النهضة العربية، القاهرة.

٤- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٩٣) معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الخامس، دار النهضة العربية، القاهرة.

٥- جميل صليبا (١٩٧٨): المعجم الفلسفي، المجلد الأول، دار الكتاب اللبناني، بيروت.

٦- عبد المنعم الحفني (ب.ت): الموسوعة الفلسفية، دار ابن زيدون (بيروت)، مكتبة مدبولي (القاهرة).

٧- علاء الدين كفافي (١٩٨٧): الصحة النفسية، ط١، دار هجر للطباعة والنشر، القاهرة.

٨- علاء الدين كفافي، مايسة النيال (١٩٩٥): صورة الجسم وبعض متغيرات الشخصية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

٩- علاء الدين كفافي، مايسة النيال (١٩٩٦): الاستثارة الحسية وبعض متغيرات الشخصية، دراسة عبر ثقافية لأحد المفاهيم المستخدمة في محاولة تجاوز النزعة الثنائية في علم النفس، المؤتمر الثالث لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس (٢٣-٢٥ ديسمبر).

10. Ainsworth, M. (1989): Attachment's Beyond infancy. American Psychologist, 44, 709-716.



11. Ainsworth, M. and Witting, B. (1969): Attachment and exploratory behavior of One-Year-Old in astrange situation. In B.M. Foss (Ed.) Determinats of infant behavior, Vol. 4, London.

12. Bowlby, J. (1969): Attachment and Loss (Vol. I) Attachment, New York, Basic Books.

13. Dion, K. Berscheid, E. and Walster, E. (1972): What is beautiful is good. J. of Personality and Social Psychology, 24, 2, 85-290.

14. Eysench, H. and Eysenck, M. (1985): Perosnality and Individual Differences, New York, Penum.

15. Huebner, R. and Thomas, K. (1991): The Relation between Attachment, Psychopatheologies, and Childhood Disability In Mrinelli, Robert R. and Dell Oroto, Arthur (Eds.). The Psychological and Social impact of Disability. pp. 86-95 New York.

16. Reisser, M. (1984): Mind, Brain, Body. Toward and Convergence of Psychoanalysis and Neurobiology, New York, Basic Books.

17. Ribble, M. (1944): Infant experience in relations to personality development. In Mc.V. Hunt (Ed.) Personality and the behavior disorder, Vol. 2, pp. 621-651. New York, Roland.

18. Siller, J. (1970): The generality of attitudes toward the disabled. Proceedings of the 78th Annual convention of the American Psychological Association.



19. Siller, J. (1984): The role of the personality in attitudes towards those with physical disabilities in C.J. Golden (Ed.) Current topics in rehabilitation psychology (pp. 201-227). Boston: Allyn and Bacon.

20. Siller, J. (1995): Reactions to pysical disability by the disabled and the nondisabled in Z. Siller and K. Thomas (Eds.) Essays and research on disability, Athens, GA: Elliot and Filz patrick.

21. Thomas, S. and Siller, J. (1999): Object Loss, Mourning and Adjustment to Disability, Psychoanalytic Psychology Spring, Vol. 16 No. 2 pp. 179-197.

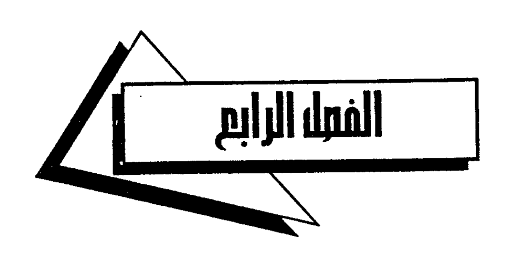
22. Wright, B. (Ed.) (1959): Psychology and rehabilitation: The proceedings ofan institute on the roles of psychologists in rehabilitation held at princeton, N.J. February 3-171958 Washington DC: A.P.A.

23. Wright, B. (1960): Phsyical disability - A psychological approach. New York: Harper and Row.

24. Wright, B. (1983): Physical disability - A psychosocial approach: New York: Harper and Row.

25. Zuckerman, M. (1989): Experience and Desire. A New Format for Sensation Seeking Scales. J. of Behavioral Assessment. N. 6, 101-114.





نماذج الاستجابة للمرض

مقدمة

نموذج إنكار المرض وإنكار الإعاقة

لمحة تاريخية عن ميكانزم الإنكار

ميكانزم الإنكار ومرض القلب

تصنيف إنكار المرض

اتجاهات البحث المستقبلي في إنكار المرض

نموذج الاستجابة الاكتئابية

دور النشاط المقيد في الاستجابة للمرض

نموذج الطاقة

الطاقة والانفعال والصحة

صلة نموذج الطاقة بعلم النفس والتأهيل

المرض أو الإعاقة والطاقة



الفصل الرابع

نماذج الاستجابة للمرض

مقدمة:

ونستكمل الباب الثاني الذي يتناول أهم المنطلقات النظرية التي يعتمد عليها علم النفس التأهيلي، وهو المنطلق الخاص بكيفية استجابة الفرد للإصابة أو للإعاقة أو للمرض والمرض المزمن بصفة خاصة. ومما لاشك فيه أن استجابة الفرد للإعاقة أو للمرض تعتمد على طبيعة المرض أو الإعاقة، كما تعتمد على سمات شخصية الفرد، ، وتعتمد أيضا على الأفكار والمعتقدات الشائعة حول هذا المرض أو الإعاقة في ثقافة المجتمع بصفة عامة والمجتمع المحلي بصفة خاصة. وعلى العاملين في حقل التأهيل أن يعرفوا كل شيء عن موقف المريض أو المعوق من مرضه أو من إعاقته واتجاهاته نحوها وقناعته باحتمال الشفاء أو التحسن لأن هذه المعرفة ستساعد في وضع البرنامج التأهيلي للمريض أو المعوق. وهذا الاتجاه وتلك القناعة المرتبطة بالمرض أو الإعاقة من جانب المريض تسهم على نحو ما في مدى فاعلية الجهود التأهيلية وبرامجها، وبالتالي في التنبؤ بمآل المرض Prognosis، أو درجة التحسن أو الشفاء التي يمكن أن يحققها الفرد المصاب أو المريض أو المعوق.

وسنشير في هذا الفصل إلى اثنين من أشهر نماذج الاستجابة للمرض وهي نموذج إنكار المرض أو الإعاقة ونموذج الاستجابة الاكتئابية.

القسم الأول

نموذج إنكار المرض أو إنكار الإعاقة

لقد لوحظ إنكار[1] المرض كلينيكيا في العديد من الفئات المريضة أو المعوقة والتي تتلقى خدمات التأهيل النفسي في إطار خدمات التأهيل الطبي والصحي الشامل لإصابات مثل:

---

(١) الإنكار Denial ميكانزم أو حيلة دفاعية تعمل على حجز الأحداث والرغبات والأفكار المثيرة للقلق والألم، ويعمل هذا الميكانزم على المستوى اللاشعوري عادة. ويتمثل ميكانزم الإنكار في مواقف مثل الفشل في إدراك بعض الدفعات لدى الفرد مثل دفعات الكراهية للآخرين، وفي حال العيوب الجسمية أو العقلية للفرد أو لأبنائه. وفي الحالات العقلية الشديدة قد ينكر الفرد وجوده الخاص أو وجود الواقع (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي -الجزء الثالث، ١٩٩٠ ص ٩٠٩).

- إصابة المخ الحادثة (Acquired Brain Injury (AB.I. .

(Garoutte & Aird, 1984).

- أمراض القلب (Heart Disease (HD.

(Buetow, Goodyear- Smith & Caster 2001).

- السرطان Cancer (McKenna, et.al 1999)

- إصابة الحبل الشوكي (Spinal Cord Injury (S.C.I. .

(Brackeen, Shepard & Webb 1981).

والأفراد الذين يمارسون الإنكار هم الذين يجدون صعوبة في الاعتراف بالإصابة أو تقبل وجودها أو طبيعتها أو درجتها وتأثيرها على حالتهم.

وعلى الرغم من أن الإنكار يقوم بوظيفة الحماية السيكولوجية للفرد المصاب أو المريض فإنه (أي الإنكار) قد يعرقل أو يحول دون قيام الفرد بالمشاركة في الأنشطة التأهيلية. وقد لاحظ الممارسون في مجال علم النفس التأهيلي أن الأفراد الذين قد يستفيدون من خدمات برامج التأهيل حسب نوعية إصابتهم قد ينكرون حاجتهم إلى هذه الخدمات. وقد اهتم الباحثون بتقصي السبب أو الأسباب وراء هذه الظاهرة، والعوامل المرتبطة بهذه الاستجابة المعقدة.

وأحد العوامل التي تجعل فهم الإنكار أكثر صعوبة وتحديا هو وجود الزملة القريبة والشبيهة بزملة إنكار المرض وهي ما يمكن أن نطلق عليها إنكار العاهة أو إنكار الإعاقة Anosognosia[1] وهو مصطلح قدمه «بابنسكي» (Babinski) صاحب المنعكس الشهير في وقت مبكر (عام ١٩١٤). ويكاد يجمع كل الباحثين والممارسين أن إنكار العاهة أو الإعاقة ينبع من خلل في الوظائف العصبية Neurological Dysfunction بعكس إنكار المرض الذي يرتبط بعوامل نفسية اجتماعية بالدرجة الأولى.

واهتمامنا ينصب الآن على توضيح الطريقة التي يرتبط بها إنكار المرض Denial of illness مع إنكار الإعاقة anosognosia. وتقصي هذا الارتباط يقتضي الإجابة على مجموعة من الأسئلة مثل:

---

(١) إنكار العاهة أو إنكار الإعاقة Anosognosia. إخفاق في إدراك وجود نقص أو مرض كالصمم وضعف البصر والحبسة والتشوه، أو حتى فقدان طرف من أطراف الجسم. والإنوزوجنوزيا بذلك شكل من أشكال الإنكار. (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي -الجزء الأول ١٩٨٨ ص ٢٠١)

- هل إنكار المرض وإنكار الإعاقة زملتان مختلفتان؟

- هل يعبـر إنكار المرض عن سوء التكيـف أو أنه يسهم في تحقـيق التكيف (بمعنى: هل يمثل وظـيفـة تكيـفـية خـلال عـملية الشفـاء أو النقـاهة (recovery)؟

- هل إنكار المرض بناء أحادي unitary construct أم أنه يتـضمن أبنيـة أو أنماط فرعية؟

- هل تأثير الإنكار على عملية الشفاء يتغير عبر الزمن بالنسبة للفرد؟

أولا- لمحة تاريخية عن ميكانزم الإنكار:

لقـد صك مصطلح الإنكار في البـداية من قـبل سجـمند فرويد باعـتبـاره مصـطلحا يشـير إلى عـملية تهـدف إلى حمـاية «الأنا» من الأفكار غيـر المقبـولة والمكبوتة، أي أنه نوع من الدفـاع أساسه رفض الفرد الاعـتراف بكل من الحقـيقة النفسيـة والحقيقة الخـارجية للخبرة الصـادمة. وقد ادعى فرويد أن الحالة النفـسية psychic representation هي قاعدة الإنكار وأساسه، وبالتالي يتغير المعنى والاتجاه نحو الواقع ونحو الوجدان المثار.

وقد قـدمت «أنا فرويد» .Freud, A وصفـا للإنكار كواحد مـن الميكانزمات الدفاعـية وباعتـباره مفـهوما يشـير إلى الاضطراب الدفاعي لإدراك الفـرد لبعض جوانب البيئة المحـيطة به، ولما يسمى عادة الواقع الخارجي (فرويد، ١٩٧٢). وفي هذا التفسـير التحليلي النفـسي لا يعتبر الإنكار نقـصا في الاستبـصار أو حتى في المعرفة، ولكنه ميكانزم يهدف إلى تجنب الكدر النفسي، وذلك بحفظ المعلومات أو الانفعـال بعيدا عن الوعي الـشعوري. وبصـياغة أخـرى فإن هذا الإنكار يمكن أن يكون إعادة تقيـيم للواقع، وإعادة الصياغة المفـاهيمية له لكي يتجنب الوقـائع غير المريحة وغير السارة ولتخفيض الضغوط النفسية.

إن نظرية سجـمند فرويد في الإنكار تنطبق أسـاسا في الأصل على المرضى الذين يعانون من اضطرابات طب نفسية. وقد سبق استخدام هذا المفهوم (الإنكار) وغيره في تفسير أسـاليب السلوك التي تصدر عن الأفراد الذين يعانون من إصابات عصبيـة. وفي أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القـرن العشرين أوحت الملاحظات



حول المرضى بإصابات عصبية -مثل الإصابات المخية- أنهم معرضون لفقدان ظاهر وواضح للوعي بأعراضهم فضلا عن الاعتراف بها.

وقد كشفت الملاحظات الكلينيكية أن بعض المرضى بالفالج أو الشلل النصفي الذي يلي الصدمة يقررون أن أذرعهم تتحرك بحرية وعلى نحو كامل. وقد ظهر أن المرضى بالحبسة الاستقبالية receptive aphasia غير واعين أن منتجاتهم اللغوية تفتقر إلى التماسك وإلى توافر المعنى. أما المرضى بالنساوة Amnesia فإنهم يزعمون أن ذاكرتهم عادية جدا. وقد قدم بابنسكي Babinski, 1914 كما ذكرنا مصطلح إنكار العاهة أو الإعاقة Anosognosia ليشير به إلى نقص المعلومات أو المعرفة أو الوعي أو الاعتراف بظاهرة المرض، وهي أعراض ملاحظة عند المرضى من أصحاب الاضطرابات العصبية.

وقد بذلت محاولات لتفسير التنصل Disavowal من الأعراض الجسمية والأعراض المعرفية الواضحة وأدى ذلك إلى ظهور نظريتين رئيسيتين: فالبعض قد وضع أساسا نظريا لهذا التنصل يتمثل في أن غياب الوعي يعود إلى إصابة في المخ. وقد اقترح بعض الباحثين في بدايات القرن العشرين (١٩٥٥) بمن فيهم جابريل انتون Gabrial Anton وأرنولد بك Arnold Bick أن هناك علاقة مباشرة بين الجروح أو أوجه الخلل المركزية أو البؤرية (Focal) في المخ من ناحية ومحدودية الوعي من ناحية أخرى. بينما رد آخرون هذا الغياب للوعي إلى التفسيرات التحليلية النفسية الفرويدية مؤكدين دور الانفعال والدفاع في محدودية الوعي.

أما جولدشتين Goldstein 1939، وشيلدر Schilder 1951 فقد ذهبا إلى أن إنكار العاهة كميكانزم نفسي يهدف إلى إبقاء المعلومات المؤلمة في طي الكتمان وبعيدة عن الشعور. وقد كان لـ «فنشتاين»، كان (Weinnstein & Kahn, 1953) أعمال أساسية حول إنكار المرض تتضمن إصابات المخ التي تسبب تغيرا في الوظيفة Milieu of Altered Function والتي تزيد من مدى الإنكار والذي هو دافع سيكولوجي أساسي عند الأفراد (From Kortte & Wegener 2004, 191) . وخلال هذه المدة حاول الباحثون والكلينيكيون الممارسون على السواء الوصول إلى نظريات اختزالية تقدم سببا عاما واحدا عضويا كان أم نفسيا لتفسر به أساليب السلوك التي يفصح عنها هؤلاء المرضى.

وخلال أواخر الخمسينيات وأوائل الستينيات اكتشف الباحثون وجود الإنكار في الفئات المرضية التي تشكو من إصابات عصبية. وقد أبانت الملاحظات التي سجلت حول مرضى القلب ومرضى السرطان أن سلوك الإنكار يمكن أن يوجد لدى الفئات المرضية التي لا يصاب فيها المخ، كما أشار بعض الباحثين إلى وجود إنكار المرض أيضا في أمراض أخرى مثل أمراض الكلى، وأمراض إصابة الحبل الشوكي وتصلب الأنسجة المتعدد. وقد وفرت هذه الملاحظات الكلينيكية بينة أو دليلا على أن زملة غياب الوعي القائم على أساس سيكولوجي قائمة وموجودة وتختلف عن زملة إنكار العاهة أو الإعاقة. وعلى الرغم من الاعتراف بأن العوامل والمتغيرات السيكولوجية ليست منفصلة عن العوامل والمتغيرات البيولوجية، فإن الرأي السائد على نطاق واسع بين الباحثين أن إنكار العاهة يختلف عن إنكار المرض، فهما يختلفان في علتيهما وأسبابهما. فالأول (إنكار العاهة) ينتج عن عيب أو خلل عصبي بينما الثاني ينتج عن عملية نفسية في إدارة الانفعال المرتبط بعوامل ضغط خاصة أو معينة.

وقد حدث في السبعينيات تحول مفاهيمي هام للمرضى من غير أصحاب الإصابات المخية كمرضى إصابات الحبل الشوكي والسرطان وهو أن الاهتمام تحول عن الإنكار، حيث لم يعد هو محور اهتمام الباحثين. وكما بعد العديد من علماء النفس عن إطار العمل المستمد من نظريات التحليل النفسي واقتربوا بشكل أكبر من النظريات والمفاهيم المعرفية والسلوكية، فقد أخرج الباحثون الإنكار من دائرة اهتمامهم وبدأوا في تركيز انتباههم على أساليب المواجهة لفهم خبرة المرض - الشفاء illness-recovery. وفي الأدب الخاص بعلم نفس الصحة تتركز نظريات المواجهة حول استخدام الاستراتيجيات التي تخفض الكدر وترتقي بالتوافق والصحة الجيدة.

وتنقسم استراتيجيات المواجهة إلى استراتيجيات تجنب مقابل استراتيجيات انتباه واقتراب Attention- Approach، واستراتيجيات انفعالية مقابل استراتيجيات متمركزة حول المشكلة Problem Focused مما يوفر لنا إطار عمل مفاهيمي لفهم كيف يستجيب الأفراد أصحاب الأمراض الجسمية لمطلب هذا المرض أو تلك الإصابة.

وكـما ذكـرنا فقـد تحول العـديد من البـاحثين في مـيدان إصـابة المخ عن التفـسيرات التي تقدمـها النظرية الديناميـة النفسية في الإنكار والتي ترجع غـياب الوعي -والذي يحدث بعد الإصابة- إلى عوامل انفعالية. وقد بدأ هؤلاء الباحثون في التركـيز بالدرجة الأولى على التـفسيـرات العصبـية. وقد أجـريت العديد من الدراسات خلال الثـمانينات والتسعينات من القـرن الماضي وصنفت هذه الأساليب السلوكية عند الأشـخاص المصابين بإصابات في المخ باعتـبارها «إنكار عاهة Ano-sognosia». وعلى الرغم من أن بعض البـاحثين نظـروا إلى هاتين الزملتين (إنكار المرض وإنكار العاهة) على أنـه ليس بالضرورة أن تستـبعد إحداهمـا الأخرى، بل يمكن أن يحدثا معا عند الفرد، فإن عددا قليل جدا من الدراسات حاولت أن تحدد طرقا للتمييز بينهما.

وقد كشفت الملاحظات الكلينيكـية أن المرضى الذين ينكرون أوجه تضررهم يكشفون عن:

١- فهم جزئي أو مضمر لوظائفهم المتضررة.

٢- مقاومة استـجابات غضب حينما يواجهون بتغذية راجـعة تتضمن أوجه تضررهم السلوكية أو الوظيفية.

٣- نضال نـشط عندما يسـألون أو عندما يطلب منهم أن يـقوموا بمهـام في ضوء المعلومات الجديدة عن أنفسهم (التي تتضمن أوجه تضررهم).

وفي المقابل فإن المرضى المصابين بإنكار العاهة يظهرون:

١- نقصا في المعلومات عن ذواتهم.

٢- ارتباكا عندما يواجـهون بتغذية راجعة تتضمن أوجـه تضررهم السلوكية والوظيفية.

٣- رغبة حذرة أو لا مبالاة عندما يطلب منهم أن يؤدوا مهام في ضوء هذه المعلومات الجديدة عن أنفسهم.

وعلى الرغم من أن إنكار المرض أو إنكار العاهة كلاهما زملة تتضمن غياب الوعي ويمكن أن يحـدثا معا عـند بعض المرضى كمـا أوضحنا فإن هنـاك بنية، أو

دليل يدعم الفرض القائل أنهمـا زملتان منفصلتان كل منهما له أسبـابه وإفصاحاته السلوكيـة. وهناك بعض الدلائل على أن تأثير إنكار المرض ربما يختلف أو يتـباين عبـر الزمن ويضم كلا من التأثيـر التكيفي والتأثير اللاتـكيفي على النواتج. ولكي نتقـدم في فهمنا لظاهرة الإنكار المعقـدة نقدم هذا الميكانزم وكيف يعـمل في أحد الأمراض وهو مرض القلب كنموذج لعمل هذا الميكانزم.

ثانيا- ميكانزم الإنكار ومرض القلب:

لقد كانت أمـراض القلب من أول الحالات المرضية التي درسـت بكثافة من زاوية إنكار المرض. وكـانت نتـائج البـحـوث المبكرة تشـيـر إلى أن إنكار المرض استجـابة آلية شائعة لهـذا المرض المهدد للحياة. إن الإنكار الشـديد (الإنكار العام لوجـود المرض) يحـدث عنـد ٢٠٪ من المرضى الذين يشكون من المـرض القلبي (Crog & shapiro, Lewine 1971). أما البيانات المسـتمدة من الدراسات الأحدث فقـد أوضحت أن تـأثيرات الإنكار للمـرض على عمليـة الشفـاء يمكن أن تتبـاين ويحتمل أن يكون للإنكار تأثيرات إيجابية وتأثيرات سلبية على عملية الشفاء وعلى النتائج التالية على المدى الطويل عند المرضى الذين يخضعون لبرامج التأهل.

لقد كـان ليفنـي وزملاؤه (Levine, et. al., 1987) أول من اقـترح أن دور الإنكار وأثره على الشفاء من مرض القلب يتغـير مع الوقت. فلقد بيّن بحثهم أنه ربما كان هناك نمط خـاص لتأثيرات إنكار المرض على النتائج من مـرحلة زمنية إلى أخرى على نفس المريض، بمعنى أن التأثير قد يكون تكيفيا خلال مرحلة الاستشفاء الحاد، ولكنه قـد يكون غير تكيفي أو لا تكيـفيا إذا ما استـمر الإنكار على المدى الطويل بعد الخروج من المستشفى.

وقد أظهـرت الدراسات في الأربعين عاما الماضـية (1964-2004) أن وجود مستـويات عالية من الإنكار عند المرضى بالقلب يمكن أن يكون مـدمرا وذا تأثيرات مهددة للحـياة وخاصة خلال نوبة الأعراض وقـبل مرحلة الاستشفـاء وبدء عملية التأهيل. ويكون المرضـى الذين يبدون إنكارا للمرض في بداية الأمـر أكثر عـرضة لأن يتأخـر التماسهم للعـلاج مع أن الأعراض تكون واضحـة. ويكون عليهم في هذه الحال أن يقللوا من حدة أو شدة أعراضهم قبل البحث عن العلاج.

إن إنكار المرض وعدم الاعتراف الواضح به في بداية فترة الاستشفاء يبدو أن له بعض التأثير الإيجابي، لأن النتائج المتواترة توحي بأن إنكار المرض خلال الاستشفاء يمكن أن يحمي الفرد من الحالات الانفعالية السلبية ويقلل من المضاعفات المرضية. وقد وجدت بعض الدراسات ما يدعم العلاقة الموجبة بين الإنكار والمستويات الدنيا من القلق (Lowery et.al., 1992) والاكتئاب (Havik & Maeland, 1988) والاختلال الانفعالي (Buetow et.al, 2001). بالإضافة إلى ذلك فإنه في خلال مرحلة الاستشفاء يفصح بعض المرضى الذين يميلون إلى إنكار المرض إدراكا لصحتهم بدرجة أكبر من التفاؤل. وفي الكتابات الحديثة مثل Buetow et.al, 2001 يظهر سلوك التنصل disavowal كاستراتيجية من استراتيجيات المواجهة التي يمكن أن يستخدمها المرضى على نحو متكرر ليخففوا من قدر العناء الانفعالي Emotional strain المصاحب لحالاتهم وليجدوا من خلالها منفذا إلى الأمل.

ويرى البعض أنه في خلال البقاء في المستشفى يقوم ميكانزم إنكار المرض بوظيفة التخفيف من الاستجابة للضغوط ويقلل الآثار الفيزيولوجية (Janis 1983) وأن هذا الإنكار ربما يساعد الجسم على أن يستعيد عافيته بسرعة أكبر من أمراض القلب. وهناك بعض التدعيم لهذه النظرية، على أن الاعتراف الكامل والصريح بالمرض خلال فترة الفحوص والتشخيص يرتبط مع الظواهر الصحية الإيجابية الآتية:

- الدرجة الأقل من العجز الجسمي.
- التكرار الأقل للعلامات الدالة على اضطراب وظيفة القلب.
- المستويات الأقل من الألم.
- المدة الأقصر التي تقضى في العناية المركزة.
- فترات الاستشفاء الأقصر بصفة عامة.
- معدل الوفيات الأقل.

وفي إحدى الدراسات المميزة انصب العمل على مجموعة من مرضى الذبحة الصدرية غير المستقرة[1] unstable angina ممن لوحظ أنهم ينكرون مرضهم أنهم

(١) يشير مصطلح angina إلى ظاهرتين مرضيتين، الأولى هي الذبحة اللوزية أو الخناق وهي أي مرض التهابي وخاصة في منطقة الحلق يتميز بنوبات اختناق، والثانية هي الذبحة الصدرية angina pectoris وهي مرض بالقلب يتسم بتقلصات -مؤلمة واختناق في الصدر. (انظر المصطلح في: جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الأول. ١٩٨٨ ص ١٨٩).

قد أصبحوا مستقرين من الناحية الطبية بمقدار الضعف مقارنة بالمرضى الذين لم يمارسوا الإنكار، كما حدث الاستقرار عند الفئة الأولى بأسرع مما حدث عند مرضى الفئة الثانية. علما بأن هاتين المجموعتين من المرضى لم يختلفا من حيث شدة المرض أو عوامل الخطر أو المتغيرات الديموجرافية الاجتماعية الأخرى (from kortte & wegener 2004, 190).

وقد اهتمت إحدى الدراسات الحديثة بفحص العلاقة بين ما أسمته «أسلوب المواجهة الكابت» (Repressive Coping style) ونمو اضطراب ضغط ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) واضطراب الضغط الحاد Acute Stress Disorder (ASD) عند المرضى الذين يعانون من اختلال في عضلة القلب. وكانت العينة تتكون من مجموعة من هؤلاء المرضى ممن تعرضوا لحادث صادم ومر عليه سبعة أشهر. وقد عرّف أسلوب المواجهة الكابت أنه جهد معرفي أو انفعالي لتجاهل أو لتحويل الانتباه من المثيرات المهددة سواء كانت مثيرات داخلية أو مثيرات خارجية. وقد وجدت الدراسة أن أسلوب المواجهة الكبتي قد ارتبط بصفة عامة مع الاحتمالية المنخفضة لظهور أعراض ضغط ما بعد الصدمة وأعراض اضطراب الضغط الحاد. (Ginzburg, Soloman & Bleich, 2002).

وهذه الدراسات القليلة تدل على أن الإنكار يمكن أن يكون له تأثيرات تكيفية على المدى الطويل. وهي النتيجة التي قد تتعارض مع نتائج الدراسات السابقة والتي تشير إلى أن للإنكار -إذا استمر- آثارا ضارة أو مؤذية. وعلى أية حال فإن العلاقة بين إنكار المرض ومآل المرض قضية يبدو أنها لازالت خلافية، وتقدم الدراسات فيها نتائج متعارضة. ولكن يبدو أن الإنكار قيمة إيجابية في المراحل الأولى من الفحص والتشخيص في بعض الحالات، ويبدو أيضا أن للاستمرار في الإنكار في المراحل التالية من تطور المرض آثاراً سلبية، لأنه سيعطل أو يحول دون اتخاذ الإجراءات الكاملة للعلاج. ويبدو مرة ثالثة أن تأثير الإنكار على مجمل سير المرض وتطوره يختلف حسب طبيعة المرض من ناحية وحسب حالة المريض الجسمية وسمات شخصيته وحالته النفسية الراهنة وقناعاته ومعتقداته من ناحية ثانية وحسب ثقافة المجتمع والبيئة المحيطة بالفرد من ناحية ثالثة.

ثالثا- تصنيف إنكار المرض:

إن تحديد مفهوم إنكار المرض ينبغي أن يتسع ليشمل أساليب السلوك التي يمكن أن تنتسب إلى هذا المجال والتي يمكن أن تتدرج من التبرؤ repudiation أو التنصل الكامل disavowal من وجود المشكلات المرضية الخطيرة إلى الإنكار الانتقائي selective denial لمضاعفات المرض أو لأي خلل صحي في الحياة اليومية وفي المآل prognosis.

ولكي نحيط بكل أطراف هذا الطيف أو هذا المدى من سلوكيات الإنكار، ولكي نكون متسقين أيضا مع إطار العمل المفاهيمي لإنكار العاهة أو الإعاقة (الأنوزوجنوزيا Anosognosia) فإننا يمكن أن نرى في إنكار المرض نمطين فرعيين رئيسيين هما الكامل والجزئي.

أما عن الإنكار الكامل للمرض (Complete Denial of Illness) فيشير إلى التأكيدات من جانب الفرد أنه لا توجد لديه مشكلات مرضية خطيرة (أنني لست مريضا بالسرطان...... الطبيب أخطأ في التشخيص) أو أن الشفاء الكامل وشيك الوقوع imminent (أنني لست في حاجة إلى أن أعرف أن إصابتي في الحبل الشوكي سوف تشفى قريبا وبالكامل) ويرى معظم الباحثين أن هذا النمط من الإنكار الكامل للمرض أو الإصابة نادر إلى حد ما، وعبر الفئات المختلفة من المرضى المنخرطين في عمليات التأهيل. (Havik Maeland, 1988).

ويفترض أن يرتبط وجود مثل هذا النمط من الإنكار الكامل للمرض مع التأثيرات المخربة والسيئة على الرعاية الصحية وعلى عملية التأهيل برمتها. وإذا سلمنا بأن الفرد ربما ينكر الحاجة إلى مثل هذه الخدمات التأهيلية أو حتى أن يرفض أن يدخل المستشفى فهو يكون عرضه لما أسماه «برزنتز» إنكار المعلومات بكليتها (Breznitz 1983) Denial information in its totally أو ما أسماه «جروج وزملاؤه» الإنكار العميق (Grog, et.al 1971) Profound Denial. ويقول كل من «كورتي»، «ويجنر» أن هذه التأثيرات قد تكون شبيهة بتلك التي وجدت عند الأفراد الذين لديهم إنكار كامل للعاهة أو الإعاقة Anosognasia (Kortte & Wegener, 2004, 194). وعلى هذا فإن هذا الرأي أو الافتراض لم يختبر بعد.

وأمـا الإنكار الجزئي للمـرض (Partial Denial of Illness) فإنه ينـظر إليه كدلالـة أو مؤشر للـعزوف العـمدي deliberate reluctance عن المعرفـة (خلال السلوك الحركي أو اللفظي أو المعـرفي) بالمعلومات الدقيـقة التي لها علاقـة بالحالة المرضية أو لتأثيـراتها على الحياة اليومية. ويتضـمن هذا النمط درجة من الاعتراف بالمرض ويتم التعـبير عنها (أنني أعـرف أن لدي أزمة قلبيـة، ولكنها لا تؤثر على أنشطتي أو على أسلوب حـياتي اليومي). ويوحي الأدب السـيكولوجي المنشور أن هذا التعـبير أو هذا الإفـصاح هو أكثـر الصور شيـوعا لإنكار المرض الجزئي عـبر مخـتلف الفئـات المرضيـة التي تخضع لعـمليات التـأهيل. ويظهر في الكـتابات والمعالجات أن هناك صـورتين متميـزتين من هذا الإنكار: الإنكار الذي يهدف إلى التجنب avoidance والإنكار الذي يهدف إلى تأكيد الأحداث الإيجابية المحتملة.

إن مصطلح التجنب يسـتخدم لوصف الصياغة اللغـوية أو اللفظية وأساليب السلوك واسـتراتيـجيات المـواجهة الـتي تهدف إلى التـقليل أو الإنكار من خطورة المرض أو إظهار المقاومة لـلاعتراف بتأثير الحالة المرضيـة على الفرد. (إن مشكلات الذاكـرة لدي ليست بهـذا السوء..) (إنني لست في حـاجة إلى عـلاج لمشكلات النطق والكلام) وتظهر النتـائج العامة للبحوث أن التـجنب علامة لا تكيفيـة عبر عمليـة المرض وتطوره. وهذه الصورة من الإنكـار الجزئي للمرض تبـدو مشـابهة لمفهوم أو بناء «الإنكار مرضي المنشأ» (Pathogenic Denial) والذي اقترحه جانيس (Janis 1983) والتقليل إلى الحد الأدنى Minimization والذي اقترحـه من البداية وينشتين، كان (Weinstein & Kahn, 1955).

وأما الصورة المقـترحة الثانية من الإنكار الجـزئي للمرض وهي الإنكار الذي يهدف إلى إعادة تفسيـر أو إعادة الصياغة المفاهيميـة للحالة المرضية أو لأثرها على الحياة اليومية. فهـؤلاء المرضى لا يتخلون أو يتنصلون من حقائق حالتهم، ولكنهم يعيدون تفسير أو يعيدون تأطير Reframing معنى الأحداث ليخفضوا من مستوى التهـديد الشخـصي. (إنني سأمارس تمارين المشـي مرة أخرى.. وأحـتاج إلى أن أعمل بجدية أكثر لكي ينجح العلاج ويتم الشفاء).

وإذا سلمنا بأن هذه الصياغة المفاهيمـية لإنكار المرض تقوم على تغيير المعنى وخلق صيـاغة مفـاهيميـة إيجابية جـديدة للحالة المرضيـة فإن هذا يعتـبر في نظر كـورتـي، ويجنر (Kortte & wegener 2004, 195) بمثـابة إعـادة تفـسيـر



Reinterpretation وتوحي مجمل النتائج أن إعادة التفسير ترتبط مع النتائج الأكثر إيجابيــة وتوفـر تدعيما لفكرة أن إنكار المرض يمكن أن يـكون تكيفيا. وتسـتخدم مـصطلحـات أخـرى لوصـــف هـــذا النمـط من إنكار المرض مـثل «التنصل أو التخلي (Buetow et.al 2001) disavowal والمعـــتـقدات الهـذائية أو التـوهميـة illusory beliefs (Toylor, 1983) والتـفكير غـير الواقـعي unrealistic thinking (Baretz & Stephenson, 1976).

رابعا - اتجاهات البحث المستقبلي في إنكار المرض:

إن دقـة التصنيف المقـترح، وتحـديد نمط التـأثيرات اللاتكيـفيـة في مقـابل التأثيرات التكيفيــة لعملية إنكار المرض عبر عملية الشفـاء ولتحقيق الفائدة من هذا التصنيف الدقيق لم تحدث بعد. وربما يعتمد النمط النوعي أو طبيعة التأثيرات على نمط الإنكار الذي استخـدمه المريض. وبصفة عـامة فإن التأثيرات قـصيرة المدى أو التأثيرات طويلة المدى على عملية الشفاء لكل من الإنكار الكامل للمرض والتجنب كانت في مجملها لاتكيفية، بينما كانت تأثيرات إعادة التفسير في مجملها تكيفية.

وينبغي أن يؤكد البـحث المستقبلي ما إذا كانت تأثيـرات الأنماط المختلفة من إنكار المرض متـسقة عبـر عمليات الشـفاء في مختلف الأمـراض والإصابات التي ينخرط أصحابها في عمليات التأهيل والعلاج. وفي كل جوانب الحياة (الاجتماعية والمهنية والجنسية والوجـدانية). وربما يكون لبعض المرضى على المدى الطويل قدرة على استخدام إعادة التفسير لتأطير حالاتهم المرضية بشكل أكثر إيجابية. وعلى أي حال فكلما مر الزمن واستمرت الأعراض وقاومت الزوال فإن أسلوب الحياة ينبغي أن يتغـير أيضا، وربما يجـد المريض صعوبة في الحـفاظ على الصياغـة المفاهيمـية الإيجابية للمرض في هذه الحال التي تستمر فيها الأعراض، وبالتالي يكون عليه أن يغير من حياته وأن يتكيف مع الواقع.

إن الأنماط النوعيـة لأسلوب الحيـاة تتغـير مما يفصح عن بعـض الفروق بين إعادة التفـسير والتجنب. ويمكن أن يقال إن هـناك نمطين من التغيير بهـدف تحقيق التكيف، الأول وهو الإقدام على عمل تغييرات في الأهداف الاجـتماعية والمهنية، والنمط الثاني وهو التغيـير في أساليب السلوك الصحية (مثل التـمارين الرياضية، التدخين، الامتناع عن تعاطي المخدرات والكحوليات). ومما لاشك فيه أن المخاطرة

في النوع أشد. وتشير نتـائج البحوث إلى أهمية وضرورة النمط الأول من التـغيير في تحقيق التكيف والمواءمة.

وربما كان هناك اخـتلاف أو فـرق في القيام بـإعادة التفـسير أو بـالتجنب، ويعتمد هذا الفرق في جزء منه -على الأقل- على خصائص الحالة المرضية، فعلى سبيل المثال يكون لإصـابة الحبل الشوكي (Sci) أعراض واضحة جـدا، كما أن لها تأثيراتـها الوظيفـية المقـيدة للنشاط والحـرية وأداء الوظائف، بينمـا لا يكون الأمر كذلـك في حالات مـرضيـة أخرى مـثل مرض القلب الذي يكون له أعـراض أو علامات غيـر واضحة ويصعب التنبيه إليـها، ويسهل تجاهلها وتجنبـها خاصة على المدى الطويل عندما تخـتفي أية أعراض كـانت واضحة. والمهم أن تهتم البـحوث بتحديد وتوضيح الفروق بين الحالات المرضية وتبين أثر عوامل مثل استدامة التضرر permanency of impairment ونمط الأعراض (الجسمية.... مقابل المعرفية.... مقابل الانفعالية) وإعاقـة أهداف الحياة ومزاولة الأنشطة وما إذا كانت هذه العوامل تلعب دورا في نمط الإنكار الذي يلجأ إليه المريض. ومن المهم في البحث المستقبلي أن نقـدر أو نقيم أنماط إنكار المرض خـلال دراسات طوليـة لنعرف إلـى أي مدى يكون تأثير إنكار المرض وما إذا كان يتغير مع الزمن؟

ولكي نزيد من فهمنا لكيف ينتـهي بنا إعادة التفسير إلى نتـائج إيجابية فإن على الباحثين أن يضعوا في اعتبارهم دور المتغيرات النفسية الإيجابية. وكما تصور البحوث التي عالجـت حياة الأفراد المصابين بمرض السرطان ويكافـحون المرض فقد استخدموا الهذاءات أو التوهمات الإيجـابية ليكتسبوا القدرة على التحكم (Taylor 1983). وقـد اقتـرح تيلور أيضا مع آخـرين (Taylor, et. al 2000) أن نقدر دور الأمل hope في علاقتـه مع المعتقدات التوهميـة لكي نفهم كيف أن هؤلاء المرضى قد توافقوا بنجاح مع المرض الخطـير، وباعتبار أن المتغيرات النفسـية الإيجابية مثل الأمل ووجود الفائدة benefit finding والتفاؤل optimism قد تساعد في التحديد الأفضل لكيف ولماذا يستـخدم المرضى الإنكار بطرق تكيفيـة. وبالإضافة إلى ذلك فإن دراسة أنماط واستراتيجيات المواجهة التي يختارها المرضى وخصائص الأساليب السلوكية التي تعكس الإنكار ووجود الاستجـابات السيكولوجية الإيجابية (الأمل، التفاؤل، الفائدة) عبر مراحل الشفاء قد يساعد في توضيح العلاقة بين هذه العوامل ويوفر طرقا محتملة للتدخلات الفعالة.

ومادام قد توفر تحديد إجرائـي لإنكار المرض فإن البحث ينبغي أن يركز على تحديد العمليات المعرفية والبيولوجية الكامنة وراء هذه العملية. وهناك بالفعل بعض الفهم للأسس البيولوجية لإنكار الإعاقة الأنوزوجنوزيا Anosogmosia ولم تدرس بعد مسـألة ما إذا كانت أبنية المخ وأنظمتـه المماثلة أو الشبيهـة تؤدي وظائفها على نحو ينتـهي بنا إلى إنكار المرض أم لا؟ وهناك من الدلائل والبـينات المستـمدة من البحـوث ما يشيـر إلى أن الأبنية السيكولوجـية الأخرى مـثل التضليل deception يمكن أن تدرس (Spence et. Al 2001) كذلك فـإن الطبقات الفرعـية التشريحـية الوظيفية functional anatomical substrates المرتبطة بإنكار المرض يمكن أن تكون موضع الدرس العلمي الدقيق.

وينبغي أن تركـز البحوث المستـقبلية على تحـديد ما إذا كان التصنيف المقـترح يعكس وظائف إنكار المرض في كل الفئـات المرضية وفي مختلف جـوانب الحياة. إن الهدف هو الحـصول إلى تصنيف كـامل لزملات غـياب الوعي وأن يصـاغ من خلال إيضاحات وتجليـات سلوكية behavioral manifestation وعمليات نفـسية -psycho logical processes وطبقات فرعـية فيزيولوجية عـصبية -Newrophsio logical sub strates. وبالإضافة إلـى ذلك علينا أن نعرف كيف نقدر وكـيف نقيس كل نمط وكل نمط فرعي لزملة غياب الوعي فهي حاجات مقدرة وتمكننا من فهم التأثيرات على أداء الوظائف (سواء كانت تكيـفية أو لاتكيفية) على نحو صـحيح. وبناء على التصنيف الكامل يمكن أن ننمي التدخلات الفعالة وأن نطورها وأن نقيِّم مدى كفاءتها.

القسم الثاني
نموذج الاستجابة الاكتئابية

أولا - دور النشاط المقيد في الاستجابة للمرض:

لا يعد الإنكار للمـرض هو الاستجابة الوحيـدة التي يستجيب بهـا الفرد عندما يتعرض للإصابة أو للمـرض أو الإعاقة، بل توجد استجابات أخرى شـائعة أيضا مثل الاستجـابة الاكتئابـية. والاكتئاب هنـا يكون بمثابة رد الفعل للحال الذي يجـد الفرد المصـاب أو المريض نفسـه فيهـا، كأن يقـيد المرض نشـاطه ويغل حـريته في الحـركة والعلاقـات، ويؤثر بصورة مـباشرة وقـوية على صحـته النفـسية. ويظهـر في بعض الحالات قـدرة الأشخاص المرضى والمـعوقين على الاحتـفاظ بمستـويات مقـبولة من الأنشطة الاعتيـادية، وذلك في مواجهة الأوضاع الناتجـة عن المرض أو الإعاقة، والتي تؤدي إلى الوهن والتعب الجسمي والنفسي، بينما لا يحدث ذلك في حالات أخرى.

ويفترض نموذج تقييد النشاط في حالة الشعور المكتئب The Activity Restriction Model of Depressed Affect أن المدى الذي يتم في صورة تقييد الأنشطة العادية -بسبب ضواغط الحياة الرئيسية -يلعب دورا أساسيا في عملية التوافق النفسي على اعتبار أن التشويشات الجوهرية في الأنشطة الاعتيادية والناجمة عن حالة الإعاقة والمرض تؤدي حتما إلى نتائج نفسية أكثر سوءاً وأكثر ابتعادا عن السواء.

هذا، وقد توصل الكثير من العلماء والباحثين إلى أن ضواغط الحياة Life Stressors يتجسد معظمها في عوامل المرض والإعاقات، وأن الاكتئاب هو رد الفعل الشائع والشهير أيضا مثل الإنكار لهذه الضغوط. كما أن تقييد الأنشطة الاعتيادية يحتل مكانا توسطيا mediator بين هذه الضواغط والسواء النفسي.

ويبدو أن الضواغط المتصلة بالصحة تؤثر بشكل خاص وبصورة كبيرة على ظهور الأعراض الاكتئابية وإلى الحد الذي يؤدي إلى تقييد القدرة على الانخراط في الأنشطة الحياتية الروتينية. ويرى العديد من الباحثين أن تناقص القيام بالأنشطة الاعتيادية يعتبر مؤشرا دالا على حدة المرض والإعاقة وزيادة الاكتئاب أيضا[(١)]. ولقد وجدت علاقات ارتباطية دالة على قدر من الثبات بين العوامل الثلاثة: الحالة الصحية من ناحية والتقييد في الأنشطة الاعتيادية من ناحية ثانية والاكتئاب من ناحية ثالثة.

وسنشير فيما يلي إلى العلاقة بين المرض والإعاقة من ناحية والأنا الانفعالية العنيفة المترتبة على ذلك ممثلة في الاكتئاب، وما قد يعقب من آثار صحية جسمية سلبية. ونبدأ بالإشارة إلى نموذج الطاقة باعتباره مفهوما متوسطا بين الإعاقة والمرض من ناحية، والاكتئاب من ناحية أخرى، والأعراض السيكوسوماتية (الجسمية النفسية) من ناحية ثالثة.

ثانيا- نموذج الطاقة:

يدمج نموذج الطاقة كلا من الجسم والانفعال والروح في فلسفة الصحة والسواء، والتي تهدف في جوهرها إلى إعادة الإنسان للاتصال بالطبيعة على نحو وثيق. وقد اعتبرت هذه الرؤية جوهر الفلسفة الشرقية والطب في كثير من الحضارات الشرقية القديمة خاصة في الصين. وتعتبر الطاقة في هذا النموذج أساس

(١) يتضح هذا من خلال المقاييس التي تقيس حالة المرض والإعاقة، كما يتضح من خلال الأدوات والمقاييس التي تقيس الاكتئاب.

جميع الوظائف في العلم. فالكون عبارة عن طاقة، وجميع الأشياء بما فيها الكائنات البشرية هي نتاج لهذه الطاقة. ولذلك فإن جميع أجزاء الكون متصلة ببعضها البعض ومعتمدة على بعضها البعض.

ويوجد إيقاع لهذا الكون ولانبثاق الطاقة التي تحافظ على تحسين الحياة واستمراريتها وطريقة تغييرها. ويتضمن هذا الإيقاع الدورات الطبيعية التي تكرر نفسها. وتعتبر هذه النماذج أمثلة حقيقية تعكس الإيقاعات الطبيعية لهذا الكون: الولادة ثم النمو ثم الاضمحلال ثم الموت ثم إعادة الولادة والدورة اليومية والتغيرات الفصلية.

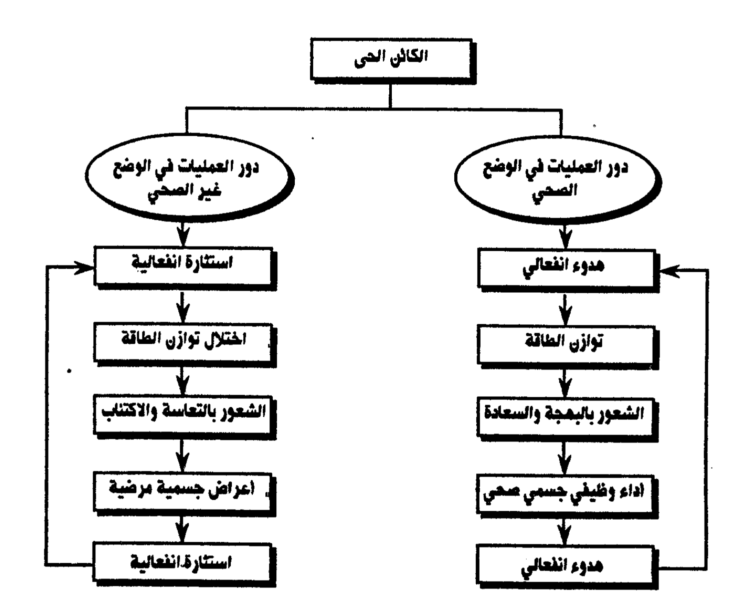
ويشير نموذج الطاقة إلى التوازن والانسجام الطبيعي بين جميع عناصر الكون إذا لم تتغير بفعل الإنسان. ويؤدي كل من الانسجام والتوازن إلى السلام والسعادة والصحة والسواء للإنسان عندما يكون على وفاق مع مسار الإيقاعات الطبيعية للكون. فسواء الكائن الحي النفسي والجسمي يرتبط بشكل حتمي بصحة البيئة، وسواء الكون وسلامته. وسنشير فيما يلي إلى علاقة الطاقة بالانفعال والصحة، ثم نتحدث عن صلة نموذج الطاقة بعلم النفس وبعملية التأهيل ثم نختم هذا الفصل بالإشارة إلى المرض والإعاقة والطاقة:

١- الطاقة والانفعال والصحة:

يؤدي الاضطراب في مستوى الانسجام والتوازن في النظام المعقد لطاقة جسم الإنسان إلى تداعيات وآثار ضمن هذا النظام ككل. ومن منظور نموذج الطاقة تعتبر ردود الفعل أو الاستجابات الانفعالية Emotional Reactions واحدة من المعوقات والاضطرابات الرئيسية لتوازن الطاقة داخل جسم الإنسان. فهي تتضمن تنشيط الجهاز العصبي التعاطفي أو السمبثاوي Sympathetic Nervous system . وتعود مسئولية تعريف هذه الانفعالات -حتى يمكن العودة إلى حالة التوازن- إلى الجهاز العصبي نظير التعاطفي أو الباراسمبثاوي Parasympathetic Nervous system ولهذا فإن حالات الهدوء والسير والسلام والشعور بالارتياح تعتبر جميعها حالات طبيعية وعادية للكائن الحي، فهي تمثل حالة الاتزان والانسجام والتوازن الحيوي Homeostasis.

ويعتبر الاضطراب الانفعالي وردود الفعل الانفعالية منهكة للنسق الإنساني جسما ونفسا لأنها تستنزف طاقته. ويجب الانتباه عند حدوث ردود الفعل الانفعالية إلى ضرورة إعادة التوازن للطاقة التي تعرضت للاستنزاف وإعادة تعبئة

الطاقة بدل تلك التي استهلكت. وإذا استمر الاضطراب الانفعالي مدة طويلة كما يحدث في حالات الأمراض المزمنة أو الإعاقات الشديدة والتي فشل أصحابها فى التكيف مع المرض أو الإعاقة، ولم يتلقوا خدمات تأهيلية أو علاجية ناجحة تبقى طاقة الكائن الحي البشري في حالة من عدم التوازن. ويؤدي استمرار هذا الوضع إلى حدوث خلل وظيفي على المستوى الجسمي. ويظهر هذا الخلل على شكل أعراض جسمية معينة كالصداع واضطرابات النوم والألم والحساسية والالتهابات. وأخيرا يؤدي هذا الوضع إلى اختلالات في نظام المناعة Immune System Disturbance وإلى اختلال في أداء الأعضاء لوظائفها أو إلى فشل الأنظمة العضوية Organ system Failures. ومما لاشك فيه أن الإعاقة أو المرض المزمن يمثل خللا في الوضع الصحي للفرد ويخرجه من مجال السواء إلى مجال الاضطراب واللاسواء. ويمكن أن نوضح العمليات السابقة في الشكل رقم (٤-١).



شكل رقم (٤-١)
العلاقة بين الطاقة والانفعال والصحة

ويتم التوصل إلى حالة التوازن في الطاقة ضمن هذا النموذج من خلال عمليات الضبط والسيطرة على ردود الفعل الانفعالية، ويمكن أن يتحقق ذلك من خلال المحافظة على حالة من الهدوء والسلام خلال اليوم العادي. وتعتبر أوضاع الصحة والسعادة والقناعة والرضا هي النتاج الطبيعي لهذا الوضع، كما أنها من أسبابه الرئيسية أيضا من الزاوية أو المنظور النسقي كما سوف نشير فيما بعد.

وتبقى الطاقة موجودة من أجل الجهود الإنتاجية والإبداعية من كافة الأنواع. ويوضح هذا النموذج أن الإنسان يولد ولديه كمية محددة من الطاقة وهي «الطاقة السابقة على الولادة» Prental energy، والتي يتم اكتسابها من الوالدين. ويقوم الإنسان بتصريف هذه الطاقة عبر رحلة الحياة سواء بسرعة أو ببطء تبعا لأسلوب الحياة الذي يتبعه. ويحدث استنزاف ونضوب للطاقة كنتيجة للاستثارة الانفعالية وعدم الاهتمام بالإيقاع الطبيعي للجسم أو للتعرض لإعاقات أو إصابات أو أمراض مزمنة. ويحدث هذا بالطبع ضمن الانسجام مع إيقاعات الكون، وبالتالي فإن الطاقة المستنفدة لا يتم تعويضها إلا بأساليب حياة صحية ملائمة.

ويؤدي العيش في حالة الاستثارة الانفعالية Emotional Arousal state المستمرة لسنوات مع عدم تعويض الطاقة المستهلكة -كما يمكن أن يحدث في حالة الأمراض المزمنة والإعاقات مع عدم توافر خدمات علاجية أو تأهيلية أو إرشادية - إلى دخول الإنسان إلى مرحلة من المشكلات الجسمية. ومن الإرشادات الأولية لهذه المشكلات حالة الإعياء والصداع واضطرابات النوم والتوتر العضلي والأوجاع والآلام إضافة إلى خبرة مشاعر الاكتئاب.

ويعتبر علاج حالات الإعياء والصداع واضطرابات النوم والتوتر العضلي والاكتئاب بالعقاقير وأدوية تسكين الآلام قناعا وتغطية مزيفة لأنها علاج غير حقيقي لأعراض مرتبطة ومنذرة بأوضاع صحية أكثر تعقيدا، لأن هذا يحول دون النظر إلى المشكلة الحقيقية وتناولها بالعلاج الذي يتناسب مع طبيعتها باعتبارها نمطا مضطربا من الحياة يتضمن أساليب انفعالية غير ملائمة. وبالتالي يستمر عدم التوازن في الطاقة مع المزيد من الاستنزاف لها. وسيؤدي هذا -في معظم الحالات- إلى الوصول إلى المرحلة التالية وهي درجة من الاضطراب الجسمي والنفسي مثل الخلل في جهاز المناعة وأمراض القلب والسرطان والاكتئاب.

وبمجرد أن تظهر المشكلات المتصلة بنظام الجسم ومصاحباتها السيكولوجية والاكتئاب على رأسها فإن هذا يعني أن عدم التوازن في طاقة الجسم باق لسنوات عدة، وفي المرحلة التي تظهر فيها مشكلات نظام الجسم يكون عدم توازن الطاقة قد بدأ منذ عدة سنوات، وينبغي أن نعلم أن الإجراءات التشخيصية والعلاجية طبقا للنموذج الطبي التقليدي Traditional Medical Model تنظر فقط إلى الجانب الجسمي أو المستوى الجسمي وتتجاهل العوامل الفاعلة في الحالة المرضية أي العوامل التي أدت إلى اضطراب الطاقة ضمن النظام البشري. ويترتب على ذلك أن العلاج في النموذج الطبي يتركز على المستوى الجسمي ولا يتعامل مع مشكلة الطاقة بينما تكمن المواجهة الحقيقية للاضطراب في تجديد الطاقة واستعادة توازنها داخل نظام الجسم البشري.

وفي حين أن المرء يحصل على إمدادات الطاقة السابقة على الولادة من أبويه فإن بإمكانه الحصول على إمدادات كونية لطاقة لاحقة على الولادة لكي يجدد نفسه، وذلك عن طريق التأمل وعن طريق طائفة متنوعة من التمرينات التي يهتم الصينيون على وجه الخصوص بتطويرها. ومنها ما يجعل المشارك في هذه التمرينات يشعر بالإيقاعات الطبيعية، ويتعلم كيف يصبح غير متجاوب مع الاستثارات الانفعالية، ويتعلم كيف يتخلص من التأثيرات السلبية في الحياة التي تستنفد الطاقة، ويتعلم استعادة الطاقة السابقة على الولادة لتجديد الإمدادات الجسمية التي تم استنفادها خلال السنوات السابقة من الحياة المليئة بالضغوط والتوترات.

وخلال مرحلة التدريب تضعف الظواهر الخارجية للشعور بالضغوط أولا، ومع مرور الوقت تضعف الظواهر الجسمية الأكثر خطورة أيضا إلا أن تغير أسلوب الحياة يعد أساسيا لأن ردود الفعل الانفعالية لأسلوب الحياة المليء بالضغوط هو الذي يؤدي إلى عدم التوازن في الطاقة في المقام الأول. وتبعا لذلك وضمن نموذج الطاقة فإن تخفيض ردود الفعل الانفعالية وتغيير السلوك ضروريان لتخفيف هذه الظواهر الجسمية.

وبينما يوضح النموذج الطبي التقليدي أن الصحة الجسمية هي التي تسبب الصفاء والمشاعر السعيدة والسلام فإن أصحاب نظرية الطاقة يرون العكس حيث يرون أن الصفاء والسعادة هي التي تقف وراء الصحة الجسمية وتضمنها. فنحن أمام وجهتي نظر متقابلتين إحداهما ترى في الصحة الجسمية أساسا ومقدمة للصحة

النفسية بصفة عامة، والأخرى ترى في الصحة النفسية أساس ومقدمة للصحة الجسمية. وبين وجهتي النظر هاتين يقف المنظور النسقي Systematic Perceptive.

ويوضح المنظور النسقي أن العلاقة بين الصحة الجسمية ومظاهرها -متمثلة في السواء البيولوجي وأداء الوظائف البيولوجية على نحو سوى- والصحة النفسية ومظاهرها -متمثلة في الشعور بالراحة والصفاء والسعادة والسلام النفسي- علاقة دائرية بمعنى أن كل منهما يمكن أن تكون سببا للأخرى أو تكون نتيجة لها. فالصحة الجسمية يمكن أن تؤدي إلى الصفاء والسعادة والسلام النفسي. وكما يمكن أن تؤدي الصحة الجسمية إلى الصحة النفسية فإن هذه الأخيرة تؤدي إلى الحفاظ على سلامة الجسم، وتضمن أداء وظائفه على نحو سوي، وحيث يقوم ميكانزم الدائرة الحميدة بدوره فتؤدي الإيجابية إلى مزيد من الإيجابية.

وفي المنظور النسقي تؤدي أية ظاهرة صحية جسمية أو نفسية إلى ظواهر صحية أخرى والعكس صحيح وهو ما يمثله ميكانزم الدائرة الخبيثة حيث يؤدي سوء الأداء الوظيفي الجسمي أو النفسي إلى سوء أداء وظائف أخرى جسمية أو نفسية بدون انفصال أو تمييز، فالجسمي يؤدي إلى النفسي والنفسي يؤدي إلى الجسمي. والسواء يؤدي إلى مزيد من السواء، واللاسواء يدفع إلى المزيد من اللاسواء.

٢- صلة نموذج الطاقة بعلم النفس والتأهيل:

عالجنا في الفصل الثالث مشكلة العلاقة بين الوظائف الجسمية والوظائف النفسية ورأينا أن الفكر المعاصر لم يعد يتقبل الانفصالية بين الجسم ووظائفه والنفس ووظائفها، وأن كلا منهما يؤثر ويتأثر بالآخر، أي أن بينهما تفاعلا مستمرا ونشطا. وقد وصل العلماء الذين اهتموا بدراسة العلاقة بين الجسم والنفس إلى نتائج مماثلة لمضامين نموذج الطاقة. ويتجلى هذا في جهود الطبيب «هانز سيلي» (Hans Sely, 1976) الذي كرس حياته من أجل تحليل فيزيولوجية الضغوط والتوترات، وتوصل بشكل أساسي إلى نفس الاستنتاجات التي تضمنها نموذج الطاقة. ولكون سيلي طبيبا فقد كان مجمل تركيزه على المستوى الجسمي الذي دمجه في فلسفة نموذج الطاقة.

أما العالم النفسي ميهالي كسكزنتميهالي Mihaly Csikszentmihaly (1990 - 1993) فقد أشار إلى أن السعادة ليست مفتاح الصحة النفسية والجسمية فقط وإنما هي أيضا مهمة ضرورية لحل المآسي الاجتماعية التي عانى منها البشر في الحياة المعاصرة. وفي رأيه أن السعادة لا يتم تحقيقها من خلال توفير وإيجاد الظروف الخارجية المثلى وإنما من خلال اكتساب الفرد لعامل السيطرة على العقل وضبطه، من أجل تشكيل وصياغة ردود فعله الخاصة نحو الأحداث الخارجية عوضا عن أن يصبح ضحية لنتائج رد الفعل هذه.

وتتضمن الاستراتيجيات المساعدة المستندة إلى نموذج الطاقة- وكما سبق أن ذكرناه- ضرورة تدريب الفرد على تجاوز محن الحياة وأزماتها من أجل الوصول إلى مستوى حياة صحية جسمية ونفسية أفضل، وذلك عن طريق اتباع أساليب وطرق مثل طرق التأمل Meditation Methods وتمرينات اليوجا وغيرها من الطرق والتدريبات التي تعلم الفرد كيفية السيطرة على ردود الفعل، وتحسِّن بالتالي قدرته على مواجهة توترات الحياة وضغوطها ويجيد التعامل معها.

٣- المرض أو الإعاقة والطاقة:

يعتبر العالم الخارجي بالنسبة لجميع المصابين بإعاقات جسمية أو حسية أنه عالم مليء بمختلف مثيرات الخوف والتوتر. ويحدد نظام المعتقدات عند المعوق - شأنه شأن بقية الناس- إدراكه للمثيرات والمتغيرات من حوله، وكيفية مواجهته لها أو عدم استطاعته مواجهتها أصلا. وهذا النظام الاعتقادي للمعوق هو الذي يلون الاستجابة الانفعالية في مختلف المواقف. ويحاول علماء النفس التأهيلي مساعدة هؤلاء الأفراد على رؤية وتقبل التحديات والتغيرات كما هي، وألا ينظروا إليها على نحو آلي وتلقائي على أنها تمثل عوائق ومشكلات دائمة بالنسبة لهم باعتبارهم من أصحاب الإعاقات والأمراض.

وعلينا أن نعلم أن الفرد عندما يدرك تغيرا ما على أنه مشكلة صعبة أو متحدية أو مستحيلة الحل في ضوء إمكانياته فإنه يبدأ في إصدار أساليب سلوكية يغلب عليها الاستجابة الانفعالية السلبية، وهي الاستجابة التي تنسجم مع هذا الإدراك. بينما لو استطاع المعوق أو المريض أن ينظر إلى التغير كما هو فقط بواقعية وبدون إضافة تقييمات سلبية فسيكون لديه الخيار والحرية في أن يستجيب على

النحو المناسب ولا يكون مضطرا إلى الاستجابة الانفعالية السلبية. ويكون لديه الفرصة لأن يعمل مع Work with وأن يعمل حول Work Around وأن يعمل خلال Work through ما هو حادث بالضبط وبالفعل.

وتشير أخصائية التأهيل النفسية «روبرتا ترايشمان» (Trieschmann, R. 1995)إلى تجربتها العملية مع ذوي الإعاقات الجسمية، وإلى طبيعة الدور الذي تقوم به مع أفراد هذه الفئة مؤكدة على تعليمهم بشكل مركز ماهية نموذج الطاقة وكيفية نقل اهتمامهم من النظر بشكل مطلق إلى إعاقتهم ووظائفهم الجسمية، ومن تحليل مشاعرهم نحو التحديات والتغيرات الواقعة في حياتهم إلى تعلم كيفية الإحساس بتقلبات الطاقة لديهم يوميا ومن يوم إلى آخر، وتعلم كيفية القيام بتحديد أساليب الاستجابة التي يتبعونها لمواجهة أحداث الحياة.

ويهتم علم النفس التأهيلي أيضا بتعليم الشخص المعوق أو المريض أو المصاب كيف يميز الأنشطة التي تقوي الطاقة عن الأخرى التي تستهلكها أو تضعفها وذلك من خلال تدريبهم على كيفية التأمل. إن الانتقال من النموذج الطبي التقليدي -الذي يتم في إطار علم النفس التأهيلي- أتاح الفرصة للعديد من المرضى المعوقين للانتقال من كونهم ضحايا يائسون من الظروف الظالمة -في نظرهم- المحيطة بهم إلى كونهم أعضاء نشطين وفعالين في مواجهة صعوبات الحياة الهائلة مثلهم مثل غيرهم من العاديين، فكل يواجه مشاكله بإمكانياته.

ودائما ما يؤكد التأهيل على الإنسان ككل عند التعامل مع المعوقين انطلاقا من أن الشخص المعوق أو المصاب أو المريض مرضا مزمنا إذا كان يعاني من تعطل بعض جوانب شخصيته أو أن أداءه الوظيفي أقل من العادي في بعض الوظائف فإن الجوانب الأخرى من شخصيته سليمة لم تمس، ويمكن الاعتماد عليها وتنميتها إلى أقصى درجة ممكنة لتحقق لصاحبها أقصى درجة توافق ممكنة مع ذاته ومع البيئة الفيزيقية والاجتماعية المحيطة به.

☺☺☺☺☺☺



مراجع الفصل الرابع

١- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٨٨) معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الأول، دار النهضة العربية، القاهرة.

٢- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٩٠) معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثالث، دار النهضة العربية، القاهرة.

٣- فرويد: أنا. (ترجمة) صلاح مخيمر، عبده ميخائيل: الأنا وميكانزمات الدفاع، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، (١٩٧٢).

4. Baretz, R. and Stephenson, B. (1976): Unrealistic patient. New York. State Journal of Medicine. 76, 54-57.

5. Bracken, M. Shepard, M. and Webb, S. (1981): psychological response to acute spinal injury: An epidemiological study. paraplegia, 19, 271-283.

6. Breznitz, S. (1983): Seven Kinds of denial. In S. Dreznitz (Ed.). The denial of stress (pp. 257-280) New York: International Universities Press.

7. Buetow, S. Goodyear-Smith, F. and Coster, G. (2001): Coping startegies in the self management of chronic heat failure. Family Practice, 18, 117-122.

8. Crog, S. Shapiro, D. and Levine, S. (1971). Denial among male heart patients. Psychosomatic Medicine, 33, 385-397.

9. Goroutte, B. and Arid, R. (1984): Behavioral effects of head injury, Psychiatric Annals, 8, 2-30.

10. Havik, O. and Maeland, J. (1988): Verbal denial and outcome in myocardial infraction patients. J. of Psychosomatic Research 32, 145-157.



11. Janis, L. (1983): Preventing pathgenic denial by means of stress inoculation. lin. S.Breznitz, (Ed.) The denial of stress (pp. 126-139) New York, International Universities Press.

12. Kortte, K. and Wegener, S. (2004): Denial of illness in medical rehabilitation populations: Theory, Research and Difinition. Rehabilitation Psychology, Vol. 49, No. 3, 187-199.

13. Lowery, B. Jocobson, B. Cera, M. Mcindoes, D. Kleman, M. and Menapace, F. (1992): Attention versus avoidance: Attributional search and denial after myocardial infraction. Heart and Lung, 21, 523-528.

14. Mckenna, M. Zevon, M. Corn, B. and Rounds, J. (1999): Psychosocial Factors and the development of breast cancer: A meta - analysis health psychology, 18, 520-531.

15. Schilders, P. (1981): Psychotherapy. New York, Notron.

16. Spence, S. Farrow, T. Herford, A. Wilkinson, Izheny, Y. and Woodruff, P. (2001): Behavioral and functional anatomical correlates of decoption in humans. Brain Imaging, 12, 2849-2853.

17. Taylor, S., Kemeny, M. Reed, G. Vower, J. and Gruenvald, T. (2000): Psychological resources, positive illusions and health. American Psychologist, 55, 99-109.

18. Weinstein, E. and Kahn, R. (1955): Denial of illness: Symbolic and Physiological aspects. Spring Field, IL: Charles C. Thomas.



الباب الثالث

بعض القضايا المعاصرة والمستقبلية في علم النفس التأهيلي

الفصل الخامس

بعض القضايا المعاصرة والمستقبلية في علم النفس التأهيلي

مقدمة

المفاهيم النفسية والاجتماعية الأساسية في مجال الإعاقة الجسمية

سيكولوجية الجسم

التمييز بين المنتمي (المعوق) وغير المنتمي (غير المعوق)

التفرد وإطلاق التسميات

مفاهيم الرفاهية و السواء

قضايا بحثية مستقبلية مهمة في مجال التأهيل النفسي

الاستنفاد النفسي عند مقدمي الخدمة الصحية

النساء والإعاقة

التركيز على عمليات الجماعة والاستفادة من ديناميتها

المنظور المجتمعي



الفصل الخامس

بعض القضايا المعاصرة والمستقبلية في علم النفس التأهيلي

مقدمة:

يقول «مايرسون» منذ ما يزيد على النصف قرن «يوجد إجماع عام منذ أمد بعيد على أن مشكلات الأشخاص المعوقين جسميا ليست جسدية وإنما هي نفسية واجتماعية بالدرجة الأولى (Meyerson, 1948,p.2) وهي مقولة تحمل مضامين هامة جدا فيما يتعلق بالآثار النفسية والاجتماعية المترتبة على الإعاقة الجسمية.

أي أن عملية تحليلية لواقع علم النفس التأهيلي يجب ألا تكتفي بتوضيح المشكلات المرتبطة بالإعاقة الجسمية فحسب، بل عليها أن تدلنا أيضا على إمكانيات معالجة هذه المشكلات. وهذا يقودنا إلى التساؤلات الآتية:

- من المخول بالحكم على ماهية المشكلة؟
- ما الأسلوب الذي يعتقد أنه يمكن حل المشكلة بواسطته؟

(Dembo, 1982, p.135)

وكما رأينا فإن العبارات السابقة تشهد على أن العوامل النفسية تتضافر وتندمج بصورة رئيسية بالقضايا التأهيلية لأنها تتضمن التصور والإدراك الاجتماعي والحكم والعمل الذي يتولاه ويقوم به الفرد المدرك والشيء أو الموضوع المدرك. وكما نعلم فإن العمليات الاجتماعية النفسية تؤثر على كل من الأفراد المعوقين الذين يتلقون الخدمات التأهيلية والأفراد الملاحظين السليمين غير المعوقين بصورة لا يمكن تجاهلها وإنكارها.

القسم الأول

المفاهيم النفسية الاجتماعية الأساسية في مجال الإعاقة الجسمية

يلاحظ أن معظم الممارسات والبحوث الجارية في مجال علم النفس التأهيلي تركز على خبرة الفرد المعوق، في حين أن المناهج النفسية الاجتماعية تؤكد على سلوك الفرد المعوق ضمن العالم الاجتماعي الأكبر الذي يعيش في وسطه المعوق، والذي يشهد درجة ملحوظة من التماثل في الاستجابات بين الناس المختلفين.

وبالرغم من ذلك فإن تقييمات علم النفس التـأهيلي لخبرة الفرد المعوق (من خلال المقاييس النفسية وإجراءات التخفيف والعلاج النفسي) قد نجحت في تحديد مفاهيم نفسية اجتماعية مفيدة لفهم ومعالجة الأفراد المعوقين.

وفي استطاعة هذه المفاهيم أن تعرف العملية التـأهيلية وتغطي جميع جوانبها إلا أن النقطة الحـاسمـة هنا تكمن في كيـفيـة تفاعل وجـهات النظر والاتجـاهات المختلفة مع خـبرة الإعاقة والتي تبقى الموضـوع المثير للنقاش والدراسة المسـتمرة. وسنعرض فيـما يلي لبعض من أهم هذه المفاهيم النفسـية الاجتماعيـة الشائعة في مجال تأهيل الأفراد المعوقين:

أولا - سيكولوجية الجسم: Somatepsychology[(١)]

يشـير هذا المصطلح إلـى العلاقـات القائمـة بين الجـسم والنفس، وأثر أية إعاقـات يصاب بهـا الجسم على الجوانب النفـسيـة للفرد وطريقة أدائـه لوظائفه، وبشكل خـاص حين تكون هناك إعـاقة واضـحة أو بارزة في الجـسم تؤثر في أداء الجسم لوظائفه، وتثير ردود فّعل ظاهرة من جانب الآخرين (Wright, 1983).

ويتجلى هذا المفهوم لدى الفرد المعوق على سبيل المثال في صعوبات التحرك في البيئة المادية أو في العـجز عن المشاركة في أنشطة الحياة اليوميـة بدون مساعدة أحد (مثل إعداد وجبات الطعام والقيام بأعمال تنظيف المنزل وارتداء الملابس) فهذه الأمور ذات صلة وتسـتند إلى قاعدة اجتـماعية، وتعكس أيضـا صورة عن الواقع الشخصي النفسي. ومن جهة أخرى تؤثر كل من ردود الفعل الصادرة من الآخرين الملاحظين، ومن القيود والضغوط البيئية على كيفية تفكير الأشخاص المعوقين بشأن أنفسهم وأوضاعهم.

ومن هنا فإن علم النفس الجسمي[(١)] أو ما أسميناه سـيكولوجية الجسم على سبيل التبسيط تعـتبر قضية مهمة ومحدداً أساسيـا في عملية التوافق لوضع الإعاقة

---

(١) علم النفس الجسمي Somatepsychology هو دراسة العـوامل السيكولوجية التي تصـاحب عادة المعوقات الجسـمـية الحادة (كالعمى وتشوه الوجه) والأمراض الخطيـرة (كالسرطان وسكتات القلب). ويختلف ويتميز عن الطب السيكوسوماتي Psychosomatic medicine (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء السابع ١٩٩٥، ٣٦٤١، ٣٦٤٢).

والمرض خاصة إذا تم تضمينها في تطور النظرة الاجتماعية النفسية التي تدور حول الرأسي الشائع المتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقات. ويقف هذا المجال في مقابل مجال العلاقات الجسمية النفسية والعلاقات السيكوسوماتية Psychosomatic relations الذي يتعلق بدراسة الروابط أو الصلات بين خصائص الفرد النفسية والاضطرابات الجسمية أو العضوية التي تظهر فيه. ويرتبط بهذا المجال أيضا بمجال الأمراض الجسمية النفسية Psychosomatic diseases التي تنصب دراسته على الأعراض الجسمية ذات المنشأ النفسي أو بمعنى آخر تأثير الجوانب النفسية على الجوانب الجسمية.

ثانيا/ التمييز بين المنتمي إلى الجماعة (المعوق) Insider وغير المنتمي إلى الجماعة (العادي) Outsider:

نتوقع أن يكون المنتمون (الأفراد المصابون بإعاقات جسمية) على علم ومعرفة بالإعاقة وطبيعتها في حين أن غير المنتمي (الأفراد الأصحاء جسميا) لا يعلمون شيئا عن الإعاقة الجسمية، ولكنهم يفترضون فروضا بشأنها وقد تكون هذه الفروض خاطئة. ولكن لكون الإعاقة الجسمية سمة بارزة وواضحة المعالم وجدت نزعة صريحة عند العاديين لرؤية الإعاقة وكأنها مرض معين، وقد ولدت هذه النزعة عند أصحابها فكرة أن المعوقين مشغولون بحالتهم الجسمية طول الوقت.
(Dembo, 1969, 1960; Shontz, 1982, Wright, 1991)

وعلى العكس من نزعة العاديين نحو المعوقين التي سبق أن أشرنا إليها فإن الأخيرين ينظرون إلى أوضاعهم الجسمية بشكل أفضل عما يراه العاديون من الأصحاء. ولا يوجد احتمال قوي بأن المعوقين ينظرون إلى إعاقتهم على أنها تمثل خصائص وصفات شخصية بارزة وملفتة لكل الأنظار بشكل مستمر، إلا إذا تم توجيههم إلى ذلك من جانب العاديين، أو من جانب الباحثين، أو أعضاء فريق التأهيل. وينبغي أن يعرف العاديون أن المعوقين يمرون بأوقات كثيرة لا يتذكرون - أو لا يريدون أن يتذكروا- إعاقتهم، ويحبوا أن يتعاملوا مع الآخرين كعاديين وأسوياء وأن يعاملهم الآخرون العاديون على هذا الأساس.



وينصح العديد من الباحثين والممارسين للتأهيل النفسي الأفراد الذين يعملون مع الأشخاص المنتمين (المعوقين) بضرورة الانتباه الدائم إلى الأداء والأحكام التي

توجه -أو تؤثر على الأقل- عملهم في تأهيل هؤلاء الأفراد. وأن تكون هذه الآراء والأحكام محل التحليل والغرض والتقييم المستمر، وأن توضع وجهة نظر المعوق عن نفسه وفهمه للإعاقة وللفروق بينه وبين الأشخاص العاديين في الاعتبار. وليس بالضرورة أن تكون آراء المعوقين عن ذواتهم وعن علاقاتهم بالآخرين كلها سليمة، ولكنها ذات أهمية لأنها هي التي توجه سلوكهم، ولأنها هي التي ستكون موضع التغيير والتعديل، إذا كانت خاطئة وتعوق توافقهم مع الآخرين وفي تحسين نوعية حياتهم.

وعندما تكون المشكلة هي فهم الإعاقة فإن الاختلاف بشأن هذا الفهم يتسع ويشمل العديد من الناس بقدر ما يكون بينهم من فروق في خلفياتهم الاجتماعية (والثقافية والفكرية. ويطرح بيتجرو (Pettigrew, 1979) ما يمكن أن يطلق عليه «خطأ العزو المطلق» Ultimate attribution error بمعنى أن السلوك الصادر عن فرد أو مجموعة يمكن أن يفسر أو يفهم من قبل ملاحظ أو مراقب ينتمي إلى مجموعة أخرى، ويصدر هذا المراقب أحكامه على أساس قيم ومنطلقات المجموعة التي ينتمي إليها، وقد تختلف منطلقات المراقب عن منطلقات المجموعة التي نقيِّم سلوكها أو نحكم عليها. ولذا فإننا أحيانا ما نسقط في وهم تفسير أن كل السارقين يفعلون ذلك بدافع معين. وهذا بالطبع تفسير خاطئ لأن البعض يفعل ذلك لمرة واحدة فقط ثم يقلع، أو أن يكون قد فعل ذلك تحت إلحاح دافع الجوع مثلا. وتتجلى أحكامنا الخاطئة أيضا حينما ننسب السلوك الإيجابي لفرد معين، ونكون بذلك قد أهملنا دور المؤسسة أو الجماعة في الإتيان بهذا السلوك الإيجابي، والذي نسبناه -على غير أساس صحيح- لشخص واحد بعينه.

وتعتبر فكرة عدم التفرد Deindividuation من أهم النقاط ارتباطا بخطأ الفرد المطلق. فعندما ينظر إلى الناس باعتبارهم أعضاء في مجموعة معينة (كمجموعة ذوي الإعاقات الجسمية أو العقلية، أو حتى المنتمين إلى جنسية معينة أو إلى أقلية عرقية) والتي عادة ما تدور حولها أفكار مختلفة سواء كانت سلبية أو إيجابية، فإنه من النادر أن توضع في الاعتبار الخصائص والسلوكيات الشخصية الفردية، أو أن يكون لها تأثير ذو قيمة على إدراك الملاحظ للموقف. وهنا يقال أن أفراد المجموعة قد تم طمس تفردهم Group memberase deindividuation. وهذا ما يؤدي إلى فقدان الفردية المدركة لدى الآخرين الملاحظين.

ثالثا- التفرد وإطلاق التسميات: Individuation and Labeling

تعتبر اللغة من الأدوات الاجتماعية القوية جدا في الاتصالات الاجتماعية بين الأشخاص. وقد قدم علم النفس التأهيلي جهودا رائدة من أجل خلق وإبداع مواقف تفريدية Individuating situations للأفراد المعوقين. وقد تم ذلك بصفة خاصة من أجل الاهتمام والانتباه إلى قضية اللغة المستعملة في التعامل مع هذه الفئة، والتي تلعب دورا هاما في كونها تعكس نوعية استجابات الآخرين، بالإضافة إلى ما تمثله من عبء نفسي على المعوقين أنفسهم. وكثيرا ما تكون هذه اللغة سلبية تشتمل على مسميات وعبارات أقل ما فيها أنها تلغي فردية الفرد المعوق وتحوله إلى رقم أو عضو في مجموعة كبيرة من المعوقين.

فاستخدام عبارات وصفات مثل العاجز أو الأكتع أو المبتور أو الكسيح تشير بالضرورة إلى الأفراد الذين يمثلون مجموعة وليس النظر إليهم كأفراد لكل منهم ظروفه الخاصة وخصائصه التي تميزه عن غيره. وهذا يصور الرابطة القوية بين لغة الإحالة إلى الموضوع الذي نتحدث عنه أو فيه والتنميط (الاجتماعي) Stereotyping المرتبط بالأفكار الاجتماعية المنمطة، والتي أصبحت جزءا من ثقافة الجماعة حول موضوعات معينة أو جماعات خاصة مثل الأوصاف النمطية التي يتبناها الناس مثل نسبة القوة إلى الرجال والضعف إلى النساء.

وفي المناقشات التي تتعلق بإيضاح هذا البعد المتعلق بالتسميات دعا رايت (Wright, 1991) إلى مراعاة القضايا الأربع التالية:

١- الانتباه والاهتمام بمشكلة التسميات وإحلال توجه آخر مكانها يتضمن درجة أكبر من التفريد للشخص والبيئة.

٢- أن التسميات تولد ردود فعل سلبية وتؤدي إلى ما دعاه «رايت» التحيز السلبي الأساسي Basic Negative Bias

٣- أن المعوق قد يكون عرضة للتحيز السلبي الأساسي باعتبار أن الإعاقة الجسمية غالبا ما تكون بارزة وواضحة، وتسبب لصاحبها الازدراء والاحتقار من قبل بعض الأصحاء، إلا إذا كانت هناك معلومات عن المعوق تبين تفرده وتفوقه في بعض الجوانب.

٤- عادة ما يظهر أصدقاء الشخص المعوق تفسيرات أكثر إيجابية لسلوكه، وفي نفس الوقت يعزون إليه أشياء سلبية بصورة أقل مما يفعل الآخرون.

رابعا- مفاهيم الرفاهية والسواء: Concepts of well- Being

يهتم أخصائيو التأهيل النفسي، الممارسون منهم والباحثون، بتحقيق هدف رئيس واحد وهو رفاهية المعوق والوصول به إلى أقرب نقطة إلى السواء والمحافظة على أية مكاسب تتحقق في هذا الصدد. وتوضح المراجعات الدقيقة للدراسات والأبحاث التي أجريت في مجال التأهيل أن مؤشرات السواء النفسي (بصورة رئيسية مقاييس الاكتئاب وتقدير الذات) قد تم استخدامها كمقاييس في هذه البحوث. وقد تعود المرضى المستفيدون من الخدمة التأهيلية على الإجابة على هذه المقاييس.

وفي كل الحالات يكون التركيز على غياب السواء النفسي لدى المصابين بالإعاقات. وهذا التركيز ينطلق من الفرضية التي ترى أن الإعاقة تؤدي حتما إلى نتائج سلبية مثل تدني تقدير الذات، ويتبع هذا التدني بشكل تلقائي انبثاق المشاعر الاكتئابية. وترتبط الإعاقة أيضا في هذا المنطلق بتحديات جسمية وانفعالية واجتماعية واقتصادية وكل ما يتعلق بشئون التوظيف والعمل، والتي تؤثر بالتالي على السواء النفسي والاجتماعي.

وبدلا من البحث الذي كان مقتصرا على أسباب المرض أصبح الاهتمام يوجه نحو كيفية التوصل إلى عوامل الوقاية من المرض. فالتوجه الحالي في التأهيل النفسي يتضمن أنه ليس كافيا القيام بمعالجة الاكتئاب وأية آثار سلبية أخرى للمرضى والإعاقة باعتبارها التأثير الوحيد لخبرة الإعاقة. بل إن هناك العديد من النواحي الإيجابية التي مازالت غامضة ولم يتم تفسيرها إلى الآن. فكثير من المعوقين -على سبيل المثال- لا يظهرون أعراضا اكتئابية، ولكن العوامل المسئولة عن أوضاعهم النفسية الجيدة مازالت مجهولة.

وعلى ذلك فمن الواجب على الباحثين والعاملين في حقل التأهيل النفسي للمعوقين استخدام كل ما من شأنه أن يعمل على تحسين نوعية حياة المعوق. فحياته ليست كلها مليئة باحتمالات الفشل، بل العكس هو الصحيح في كثير من

الحالات. وفي الحقيقة أن كثيرا من العاملين في المجال يدركون هذا الجانب ويسلكون على أساسه في تعاملهم مع المعوقين وفى فترة من الزمن وليس الآن فقط. وقد سعى هؤلاء الأخصائيون باستمرار إلى تأمين وضمان أن تتم معاملة الأفراد المعوقين بمنتهى الاحترام، وأن يتم تقليص القيود والحواجز الاجتماعية التي تحول دون مشاركتهم الكاملة في الأنشطة الحياتية اليومية إلى أقصى حد ممكن.

القسم الثاني
قضايا بحثية مستقبلية مهمة
في مجال التأهيل النفسي

تعتبر القضايا الأربع التالية من القضايا البحثية المهمة الواجب التركيز عليها في الأبحاث المستقبلية لأنها ترتبط على نحو مباشر ووثيق بالآثار النفسية والاجتماعية للإعاقات وهذه القضايا هي:

- الاستنفاد النفسي عند مقدمي الخدمات الصحية.
- النساء والإعاقات.
- الاستفادة من ديناميات الجماعة.
- المنظور المجتمعي.

أولا - الاستنفاد النفسي عند مقدمي الخدمات الصحية:

من المعروف أن مقدمي الخدمات الصحية لذوي الإعاقات من الأطباء وأعضاء الفريق التأهيلي لا يتمتعون بحصانة ضد الثمن الجسمي والانفعالي الباهظ الذي يدفعونه من جراء وجودهم باستمرار بين أفراد هذه الفئة لتقديم الرعاية والخدمة المطلوبة. ويعتبر الاحتراق النفسي[1] أو الاستنفاد النفسي في العمل Occupational burnout من أكثر حالات ردود الفعل التوترية شيوعا لدى هؤلاء

(١) الاحتراق النفسي، الاستنفاد النفسي Burnout مصطلح غامض بعض الشيء يشير إلى الاستنفاد أو الفشل خاصة في عمل يقوم به الفرد أو في حياته المهنية. ويطلق هذا المصطلح بصفة خاصة على الأفراد في منتصف العمر الذين ينهكون أنفسهم في العمل أو يعملون عند مستوى عال من الإجهاد حتى يصلوا إلى مرحلة عالية من الضغط والتوتر المهيمن على أدائهم. (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثاني، ١٩٨٩، ٤٩٤-٤٩٥).

الأخصائيين. ويعتبر هذا الاحتراق أو الاستنفاد ثمنا باهظا بالفعل يدفعه هؤلاء القائمون بهذا العمل الإنساني الرائع، كما أنه يشكل خطرا كثير الحدوث بين أخصائي الخدمات الإنسانية بسبب أنهم يصبحون متورطين انفعاليا في عملهم.

ويمكن تصور طبيعة العمل التأهيلي المليء بالمطالب الشاقة التي تستدعي الانخراط التام في حياة المعوقين. كذلك فإن التعرض للاستنفاد النفسي نتيجة الانخراط يبدو أمرا شائعا بين جميع العاملين في هذا المجال. وتوجد بعض العوامل التي تساعدنا على التنبؤ بإمكانية حدوث استنفاد نفسي عند أفراد الفريق التأهيلي منها افتقار عضو الفريق إلى الدعم الاجتماعي، وبعض العمليات المعرفية الاجتماعية الإيجابية مثل الكفاءة الذاتية والأمل. ومازالت هذه القضايا غير واضحة تماما وتنقصها الدراسة العملية المستقصية والمنظمة للوقوف على العوامل والأسباب الحقيقية لعملية الاستنفاد النفسي في مجال التأهيل، والوسائل التي تحول دون حدوثه.

ثانيا - النساء والإعاقات: Woman and disability

لقد تم إهمال دور النوع Gender role مع أنه أحد العوامل الهامة في كل من علم النفس التأهيلي أو علم النفس الاجتماعي لفترة طويلة. ويلاحظ الدارس أن معظم الدراسات والبحوث التي تم عرضها لم تشر بصورة خاصة إلى هذا العامل بالرغم من كونه عاملا ديموجرافيا واجتماعيا بارزا.

والتفسير الذي يمكن تقديمه لإهمال دور النوع هو أن الأبحاث سعت للتركيز على العموميات والأمور المشتركة بين الناس المعوقين أكثر مما سعت إلى التعرف على الفروق بين المعوقين أنفسهم واهتمت ببيان الفروق بين المعوقين والأسوياء في مختلف جوانب الشخصية. وفي غمرة هذه البحوث لم تنتبه إلى دراسة الفروق بين الجنسين وإن كانت معظم الدراسات قد ركزت بصورة مباشرة وغير مباشرة على الذكور من المعوقين. وقد يعزى ذلك إلى ارتفاع نسبتهم بين مجموع المعوقين بسبب ظرف العمل والإصابات المهنية وأماكن تواجدهم خارج المنزل، واشتراكهم في المنازعات العنيفة المؤدية إلى الإعاقات، هذا بالإضافة إلى المفهوم الخاطئ الشائع المتضمن من أن ما ينطبق على الرجال ينطبق أيضا على النساء، وأن خبرة الرجل هي المحدد لكلا الجنسين.

ثالثا- التركيز على عمليات الجماعة والاستفادة من ديناميتها:

تعتبر الجماعات وعمليات الجماعة من الموضوعات التي يتم التركيز عليها في علم النفس الاجتماعي وليس في علم النفس التأهيلي. وهذا يقودنا إلى طرح السؤال التالي، وهو كيف يمكن للباحثين والممارسين في مجال علم النفس التأهيلي أن يستخدموا ديناميات الجماعة أو القضايا المرتبطة بعضوية الجماعة في مجال فهم الإعاقات وحالات العجز ومعالجتها؟ ويبدو أن الاحتمالية الوحيدة القوية هي في استخدام فنيات التركيز على الجماعة ودراسة تأثيرها على الفرد، والاستفادة من دينامياتها في عمليات التأهيل.

وتعرف عمليات الجماعة أنها موقف رسمي منظم ومبنى على أساس أحكام ونظام يتم من خلاله مقابلة بين الشخص القائم بالمقابلة (المقابل Interviewer) وأفراد الجماعة. ويقوم المقابل بتوجيه أسئلة نوعية إلى أفراد الجماعة. وتدور هذه الأسئلة حول موضوعات مجال معين، ثم إجراء بحوث مكثفة حولها.

ويكون الشخص القائم بالمقابلة خلال تعامله مع الجماعة واضحا ومباشرا في توجيه الأسئلة، كما أن استجابات الجماعة يجب أن تحدد بدقة ما تم فهمه بالفعل What is already understood وذلك أثناء التفاعل مع أفراد الجماعة للحصول على المعلومات الحاسمة والمهمة والمتعلقة بالموضوعات المرتبطة بالمعوقين، والتي ربما أهملها الباحثون ولم تستفسر عنها استبياناتهم ولم تظهر في بحوثهم.

وعادة ما يتبع تقليد معين في هذه المجموعات موضوع الدراسة حيث يتم فيه مقابلة مجموعة منتقاة من المشاركين الذين يقومون بدور الملاحظين الأذكياء ويعتبرون مصدرا قيّما للباحث الذي يكون على استعداد للتضحية بأركان المنهج التجريبي في الدراسة من عينات نموذجية ممثلة تمثيلا إحصائيا للمجموع الأصلي، ومن افتراضات يمكن التحقق منها تحققا كميا. ويفضل الباحث في هذه الحال أن يتعامل مع هذه المجموعة الصغيرة المنتقاة وأن يستفيد منها في سبيل الحصول على تفاصيل وجهات نظر تضفي المزيد من الاستبصار حول مشكلة الدراسة. وهنا يستطيع الباحث أن يقدم طابعا نوعيا لفهم المشكلة بدلا من التركيز على الطابع الكمي الذي تتسم به البحوث الأمبيريقية.

وتعتبر قضية التمييز بين المنتمي وغير المنتمي من المتضمنات الأساسية في مجموعات الدراسة. فمما لاشك فيه أن الباحثين والممارسين يتعلمون الكثير عن ظاهرة الإعاقة من خلال توجيه الأسئلة والاستماع بدقة إلى إجابات المعوقين أصحاب الشأن والذين يحرصون على التصريح بكل ما يتعلق بخبراتهم الشخصية المتعلقة بالإعاقة، والبيانات المتعلقة بالعلاجات السابقة التي تعرضوا لها، بل إنهم قد يسعدون بهذا التصريح لإدراكهم أن إتاحة هذه البيانات للفريق التأهيلي سيكون في صالحهم، كذلك فإن هذه البيانات تساعد في الوصول إلى نتائج هامة ومعدلة لمنظور البحوث، ومختلف قضايا الممارسة العملية المرتبطة بتطوير الخدمات المقدمة لضحايا الإعاقة.

ومما لاشك فيه أن مثل هذا الاستخدام النوعي لجماعات الدراسة يجعل فريق التأهيل من مختلف التخصصات أكثر اقترابا إلى عالم المعوقين بدلا من «دراستهم عن بعد»، وهو نوع من الاقتراب يتعلم فيه الفريق التأهيلي الكثير عن الإعاقة والمعوقين بشكل مباشر بدلا من الاقتصار على البيانات التي تنتجها الاستفتاءات ونتائج القياسات. ويبدو هنا الموقف وكأن الفريق التأهيلي يتعلم من المعوقين بدلا من القيام بدراستهم. ويصدق في هذا الموقف أيضا الشعار القائل « لا شيء عنا يمكن أن يكون بدوننا» Nothing about us without us بمعنى أن لا يمكن أن نعرف شيئا حقيقيا عن المعوقين بدون الرجوع إليهم مباشرة. وهو الشعار الذي تتبناه كثير من التوجهات الحديثة في دراسات الإعاقة والمعوقين.

رابعا - المنظور المجتمعي: Community Perspective

لقد سعى العديد من الباحثين التجريبيين إلى فهم اتجاهات الأشخاص العاديين، والذين لا توجد لديهم إعاقات نحو الأشخاص المعوقين في حين لم يظهر إلا القليل جدا من البحوث التي سعت لتناول الطرق الواجب على المعوقين اتباعها وتبنيها من أجل الوصول إلى علاقات إيجابية مع الأفراد الأصحاء.

وهناك موضوع هام جدا فيما يتعلق بالإعاقة والمعوقين وعلاقتهم بالآخرين من العاديين وبالمجتمع، وهو موضوع دمجهم في مجالات التعليم والعمل مع الآخرين وهي قضية مثارة على مستوى العالم كله. ولفلسفة الدمج أسسه النظرية

الفلسفيـة والسيكولوجية والاجـتماعية، كمـا أن له مصاعبه ومـشكلاته. ولتطبيق سياسة الدمـج درجات أو ظلال. وتختلف الأنظمة التعليمـية في قدر الربح الذي حقـقته في تعليـمها. وقـد سبق أن تناولنا قضـية دمج الطلاب المعوقين (خـاصة المعوقين سـمعيا والمعوقين بـصريا والمعوقين عقليـا) مع الطلاب العاديين في برامج التعـليم الواحدة أو الرئيـسة Mainstreaming وذلك في البـاب الثالث (الفـصول الخامس والسادس والسابع).

☺☺☺☺☺☺

مراجع الفصل الخامس

١- جابر عبد الحميد، عـلاء الدين كفافى: معـجم علم النفس والطب النفسى، الجـزء الثانى، دار النهـضة العـربية، القـاهرة، ١٩٨٩، ٤٩٤ - ٤٩٥.

٢- جابر عبد الحميد، عـلاء الدين كفافى: معـجم علم النفس والطب النفسى، الجزء السـابع، دار النهضة العربيـة، القاهرة، ١٩٩٥، ٣٦٤١ - ٣٦٤٢.

3. Dembo, T. (1969): Rehabilitation psychology and its imemediate future: A problem of utilization of psychological knowledge. Rehabilitation Psychology, 16, 63-72.

4. Dembo, T. (1970): The utilization of psychosocial knowledge in rehabilitation. Welfar Review, 8, 1-7.

5. Dembo, T. (1982): Some problems in rehabilitation as seen by a Le vinian. Journal of Social Issues, 38, 131-139.

6. Dunn, D.S. (2002): Social psychological issues in disability. In R.G. Frank and T.R. Elliott (Eds.), handbook of rehabilitation psychology (pp. 560-579). Washington, DC: American Psychological Association.

7. Gilbert, D.T. and Jones, E.E. (1986): Perceiver-induced constraint: Interpretations of self-generated reality. Journal of Personality and Social Psychology, 50, 269-280.

8. Meyerson, L. (1948): Physical disability as a social psychological problem. Journal of Social Issues, 4, 2-10.

9. Pettigrew, T.F. (1979): The Ultimate attribution error: Extending Allport's cognitive analysis of prejudice. Personality and Social Psychology Bulletin, 5, 461-476.



10. Ross, L. (1977): The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process. In L. Berkowitz (Ed.), Advances in experimental social psychology (Vol. 10, pp. 174-221). New York: Academic Press.

12. Wright, B.A. (1983): Physical disability: A psychosocial approach (2nd ed.). New York: Harper and Row.

13. Wright, B.A. (1991): Labling: The need for greater person-environment individuation. In C.R. Synder and D.R. Forsyth (Eds.), Handbook of social and clinical psychology: The health perspective (pp. 469-487). New York: Pergamon.

☺☺☺☺☺☺

الفصل السادس

نظرية التمكين في علم النفس التأهيلي

مفهوم التمكين

مستويات تحقيق التمكين

قيم التمكين

عمليات التمكين

أهداف التمكين

نتائج التمكين

مكونات التمكين

قياس التمكين

بحوث نظرية التمكين في علم النفس التأهيلي



الفصل السادس

نظرية التمكين في علم النفس التأهيلي

أدت التطورات الحديثة والمعاصرة في مـجال علم النفس التأهيلي إلى ظهور أربعة اتجاهات جديدة هي:

- الاتجاه نحو معالجة أكثر تركيزا على المشاركين المستفيدين.
- الاهتمام بالتخطيط الجيد لبرامج التأهيل
- الاتجاه نحو وضع جدولة أو برمجة لأولويات البحوث.
- اقتراح تضمين فكرة التمكين

وقد ظهـر الاتجاه الرابع الخاص بالتمكـين باعتباره من أظهـر هذه الاتجاهات وأهمها وأكثرها استحواذا على اهتمـام الباحثين والممارسين للتأهيل، وكما أشارت إلى ذلك نتـائج البحـوث والدراسـات التي اضطلع بها المـعهـد الوطني لبحـوث الإعاقـات والتأهيل الأمريكي عـام ١٩٩١. وربما كان التمـييز والأهميـة لموضوع التمكين هو وراء اختيارنا لموضوع التمكين لنتحدث عنه في هذا الباب من الكتاب. فما هو التمكين؟

أولا: مفهوم التمكين

يرتبط مفهـوم التمكين Empowerment ارتباطا وثيـقا بمفهوم التأهيـل نفسه فالتـأهيل كما ذكرنا في الفـصل الأول هو عملية إعادة أو إرجـاع الفرد الذي لديه عجـز بدني أو عقلي أو حـسي إلى أقصى حالاته الممكنة مـن حيث أداء الوظائف المرتبطة بكل أوجه الحياة. وعلى هذا فإن لب عملية التأهيل هو أن نمكّن الفرد من أن يؤدي وظائفه على أفـضل نحو ممكن حسب قـدراته وإمكانياته قبل الإعـاقة أو الإصابة أو المرض. فـأن نؤهل إنسانا مـا يعني أننا نمكنه، وإتاحـة فرصة الـتأهيل للشخص هو في الأساس تمكين له من أن يفعـل ويفكر ويشعر ويحس على أفضل نحو ممكن بالنسبة له.

وعلى هذا فالتـمكين يرتبط بمرحلة التأهيل وهي المرحلة الرابعـة من مراحل الخدمة الطب نفسية والتي يسبقها مراحل أو عمليات الوقاية والتشخيص والعلاج، ولم يرتبط بأي من هذه العمليات السابقـة على التأهيل. وفي حقل الطب الجسمي وحقل الطب النفسي ومجال التأهيل النفسي تأكـيد متزايد على أن التمكين يتضمن المفـاهيم الأسـاسـيـة والممكنة أو المحـتـملة، أو هو «حـجـر الزاوية في الهـوية» Cornerstone of identity (Banj a, 1990).

وفي إطار فلسفة التمكين ومنطلقاته تغيـرت المصطلحات والمفاهيم المستخدمة في الميدان لـتعكس اختـلاف النظرة إلى كل من الشـخص موضوع التـأهيل وإلى العملية ذاتها. فمن كان يطلق عليهم مرضى Patients أصبحوا يسمون مستهلكين أو مـسـتـفـيـدين Consumers، ثم أطلق عليـهم حـديثـا جـدا لفظ مـشـاركين Constituents. - علما بأن تغير المصطلحات ليس مجـرد استبدال كلمات بأخرى، ولكنه يعكس نقله في النموذج العامل الحاكم في الميدان أو تحول في أسلوب العمل من التركيز على العيوب والنواقص وأوجه الضرر deficits والاعتمادية إلى التأكيد على الإمكانيات والموارد أو المزايا Assets والاستـقلالية. وعلى الجـملة فإن نظرية التمكين إطار مفـيد لتوجيـه العمل التأهيلي الذي أصبح بصـورة متزايدة في الآونة الأخيرة يعتمد على الأعضاء الأساسيين، وتتضح فاعليته من خلالهم.

وتشكل حركة الدعوة إلى الحـياة المستقلة Independent living movement نقلة هامة وحاسـمة بعيدا عن النمـوذج الطبي التقليدي للتأهيل النفـسي للمعوقين والمصابين، حـيث كان أساس المشكلة ينصب على الفـرد المريض. وكانت المشكلة في معـالجة قضايا الإعـاقة أنها تصاغ وتحـدد باستخـدام لغة العجز ومـصطلحات الإعاقـة، أما المنظور الجديد فـهو يركز على الـبيئـة، ويعمد إلى الفـحص الدقيق للحواجز أو الموانع الجسميـة والنفسية والاجتماعية التي تحول دون تحـقيق استقلالية الفـرد والاهتمـام بالعـوامل التي «تمكن» له وتساعـده في أن يقـوم بكل الأعمـال والأدوار والوظائف التي تسمح له بها قدراته إذا ما نميت إلى أقصى درجاتها.

ويعود مصطلح التـمكين إلى العمليات والنتائج ذات الصلة بقـضايا السيطرة والضبط Control والوعي الانتقادي Critical awareness والمشاركة Participation وبالتالي فإن نظرية التمكين تدمج مفاهيم السيطرة والضبط ومنهج الحياة الفعال وذا

الآثار اللاحقة فيما بعد Proactive Approach to life والفهم الذكي والناقد للبيئة الاجتماعية والسياسية Critical understanding of the socio political environment. وتعتبر المشاركة والسيطرة مكونات رئيسية في نظرية التمكين وذلك على مستويات ثلاثة وهي: الفرد والمنظمات والمجتمع.

(Cornel Empowerment Group, 1989; Mechanic, 1991; Rappoport, 1987; Zimmerman, et. al, 1992)

ثانيا: مستويات تحقيق التمكين

يعود مفهوم التمكين النفسي Psychological empowerment (P.E.) إلى التمكين على المستوى الفردي للتحليل Individual level of analysis (Zimmerman, 1990) ويدمج بناء التمكين النفسي مع مفاهيم الضبط الشخصي والاشتراك مع الآخرين من أجل تحقيق الأهداف والوعي الدقيق بالعوامل التي تعيق أو تقوي جهود الفرد لممارسة السيطرة على حياته.

أما على مستوى المنظمات للتحليل Organizational level of analysis فإن التمكين يتضمن العمليات والترتيبات التي تقوي من مشاركة العضو وتحسن الفعالية التنظيمية الساعية إلى تحقيق وإنجاز الأهداف المرجوة.

وأما على المستوى المجتمعي للتحليل Community level of analysis فتعود إلى العمل الجماعي التعاوني من أجل تحسين نوعية الحياة في المجتمع، ومن أجل تحسين الروابط بين منظمات المجتمع ووكالاته.

وقد اهتم زيمرمان (Zimmerman, 1993, 1995) بتقديم وصف الثلاثة أبعاد خاصة بنظرية التمكين وهي: القيم Values والعمليات Processes والنتائج Outcomes، وذلك في محاولة لتوفير إطار بحثي ثابت لهذه النظرية.

ثالثا: قيم التمكين Empowerment Values

وتوفر القيم التمكينية نظام معتقدات أو نسق اعتقادي Bielf System. ويوجه هذا النسق كيفية عمل الأخصائيين والعملاء سويا. وتتضمن هذه القيم

الاهتمام بقضايا الصحة Attention toward health والتكيف Adaptation والكفاءة Competence والأنظمة الصحية الطبية Natural health system.

ويضع منهج التمكين في اعتباره السواء مقابل المرض، والكفاءة والجدارة مقابل العجز والنقص. وهذا يعني أن الأخصائيين سيساعدون المعوقين على أن يصبحوا مستقلين إلى أقصى درجة ممكنة، وعلى أن يطوروا مهارات من أجل تغيير الظروف التي تشكل العراقيل في حياتهم. كما أنهم (الأخصائيون) يساعدون المعوقين على أن يصبحوا قادرين على العمل مع الآخرين من أجل التغلب على المعوقات التي تحد من تكاملهم واندماجهم التام في مجتمعاتهم.

وتكون عملية التمكين هنا عبارة عن التحالف والتعاون Collaboration القائم بين الأخصائيين والمعوقين. ولا تتضمن هذه القيم أن التمكين يتم منحه وإهداؤه للأفراد المعوقين من قبل الأخصائيين، بل هو حق من حقوقهم من المنطلقات الإنسانية والاجتماعية والسياسية، ومن الواجب أن يحصلوا عليه «ليتمكنوا» بالعقل من تحقيق قدر مقبول من التوافق والتكامل مع مجتمعهم، وبصورة تنسجم مع مبادئ السيطرة الذاتية والاستقلال، أي في إطار قدراتهم الذي تعكس السيطرة والاستقلال، وليس في إطار آخر.

رابعا: عمليات التمكين Empowerment Processes

تشير عمليات التمكين إلى الميكانزمات والوسائل التي من خلالها يكتسب الأفراد والمنظمات والمجتمعات السيطرة والضبط Control أو التمكن Mastery على الجوانب التي تهمهم، ويطورون من خلالها أيضا وعيا انتقاديا ذكيا لبيئاتهم، ويشاركون في صنع القرارات التي تؤثر على حياتهم. وتزود عمليات التمكين الأفراد بفرص opportunities تتضمن الآتي:

أ- تطوير وممارسة Development and practice المهارات الضرورية لتحقيق الفرد للقدر المعقول والمطلوب من الضبط والسيطرة على بيئته السياسية والاجتماعية (مثل مهارات صنع القرارات Decision- making وتعبئة الموارد Resource- mobilization).

ب- تعلم الفرد كيفية القيام بتحليل ناقد ذكي لبيئته الاجتماعية الاقتصادية.

ويقصـد بالتحليل الناقـد الذكي المعتمـد على الوعي هو معرفـة الفرد بكيفية اكتساب مصـادر القوة من البيئة، وإتقان المهارات اللازمة لإدارة هذه المصادر، والاستفادة منها حال الحصول عليها والتمكن منها.

وتتألف عمليـة التمكين أيضا من كل من التعلم الجمـاعي، والفرص المواتية للتأثير على البيـئة الاجتماعية الاقـتصادية. وهي عمليات فيهـا العديد من القضايا الأساسية مثل:

- الجهـود المبذولة لتحقـيق الفهم الذكي الناقد للبـيئة الاجـتماعيـة المحيطة بالفرد.
- الحصول على الموارد وكيفية إدارتها والاستفادة منها.
- العمل مع الآخرين من أجل الوصول إلى تحقيق أهداف عامة.

خامسا: أهداف التمكين

Empowerment Goals

يشير كل من «ماتون»، «سالم» (Maton & Salem, 1995) إلى أن تدخلات التمكين تهدف إلى القيام بجهود من أجل:

- تقوية «أنـظمة الاعتـقاد المعـتمدة على قناعـة الجمـاعة» (Group- based belief systems).
- إبداع أو خلق «تجمع من المصادر الداعمة» (Supportive resource pool)
- تضمين «قيادة مشاركة وشاملة» (Shared and Inclusive therapy)

ولهذا فإن الهدف الأكبر أو الغـاية القصوى من تدخلات التمكين تكمن في مساعدة كل من الأفراد والمنظمات والمجتمعات لكي يصبحوا:

- أكثر اعتمادا على الذات — More Self- reliant
- أكثر تحكما وسيطرة على ذواتهم — More Self- governing



- أكثر سيطرة على البيئة		More Controllable on environment

- أقل خضوعا للقوى الخارجية		Less controlled by external forces

وتوضح العديد من أمثلة التأهيل كيفية ممارسة عمليات التمكين ونتائجها. فقد وجد بعض الباحثين (Webb and Glueckauf, 1994) أن الراشدين الذين شاركوا بنشاط بالغ في وضع الأهداف goal setting لعمليات المعالجة والتأهيل قد احتفظوا بمكاسب المعالجة لمدة شهرين بعد انتهاء المعالجة بالمقارنة بالذين شاركوا بصورة أقل، لأن الأخيرين لم يحتفظوا بمكاسبهم العلاجية.

كما توصلت مجموعة أخرى من الباحثين (Fawcett and Seekins 1991) من خلال وصف برامج التدريب المتضمنة في عملية التمكين للأشخاص المعوقين إلى أن زيادة تدريب أفراد مجموعة التمكين من المعوقين على مهارات المناقشة الجماعية قد أدت إلى تطوير قدراتهم على الوعي الناقد الذكي، وإلى تقوية قدراتهم على كيفية اكتشاف مصادر القوة والموارد في البيئة، وعلى الحصول عليها وعلى حسن إدارتها والاستفادة منها.

سادسا: نتائج التمكين

Empowerment Outcome

وتتمثل نتائج التمكين في الآثار والأوضاع الجديدة الناجمة عن تطبيق برامج التمكين، وكما يظهر من خلال عمليات القياس. ولذلك فعندما يقال أن أحدهم قد تم تمكينه فإن ذلك الحكم يعتمد على النتائج الناجمة عن تدخلات عملية التمكين. وفي الدراسات البحثية يقصد بنتائج التمكين المتغيرات التابعة على أساس أن عمليات التمكين وجهوده هي المتغيرات المستقلة.

وتشكل نتائج التمكين أهمية رئيسة بسبب أنها تزود الأخصائيين بقاعدة قوية وأساس متين لدراسة محاولات الأفراد لكسب درجة أكبر من السيطرة والضبط على حياتهم ومجتمعهم، أو للتعرف على جهود التدخلات العلاجية المبذولة والمصممة لتمكين المشاركين. وتتفاوت نتائج التمكين تبعا لمستويات التحليل سواء على مستوى الفرد أو على مستوى المنظمات أو على مستوى المجتمع. ويلخص الجدول (٦-١) المقارنة بين نتائج التمكين عند كل مستوى من هذه المستويات

الثلاثة. علما بأن عمليات المشاركة أو توفير فرص المشاركة موضوعات عامة لدى المستويات الثلاثة.

جدول (٦-١)

المقارنة بين نتائج عمليات التمكين في المستويات الثلاثة

مستوى التحليل	العمليـــــة	النتـــائج
الفرد	١/ مساعدة الآخرين على تعلم السيطرة على حياتهم. ٢/ تلقي المساعدة من الآخرين لكسب السيطرة. ٣/ المساعدة المتبادلة.	١/ الشعور بالسيطرة ٢/ الوعي الناقد ٣/ سلوك المشاركة
المؤسسات	١/ توفير الفرص للأعضاء لتطوير وممارسة المهارات. ٢/ إقامة ترتيبات المشاركة في صنع القرار. ٣/ المشاركة في المسئوليات والقيادة.	١/ الإدارة الفعالة للموارد. ٢/ روابط المؤسسات الأخرى. ٣/ التأثير على سياسة القرارات أو خلق خدمات بديلة.
المجتمع	١/ توفير وسائل متساوية للوصول إلى الموارد. ٢/ السماح بالتعبير عن الآراء المعاكسة. ٣/ بناء ترتيبات مشاركة في المواقف المجتمعية.	١/ عمل المؤسسات سويا لممارسة الضبط على سياسة القرارات. ٢/ جهود جماعية للمحافظة أو لتحسين نوعية الحياة. ٣/ مهارات الإقامة المشتركة.

وتتضمن عمليات التمكين على مستوى الفرد الفرص لتلقي المساعدة، وعلى مستوى المنظمات تعبر عمليات التمكين عن أبنية وترتيبات تشجع على الانخراط والمشاركة في صنع القرار وتحمل المسؤولية المشتركة وتطوير المهارات، كما تقترح عمليات التمكين على مستوى المجتمع إمكانيات متساوية للوصول إلى الموارد البيئية

مثل التسهيلات الترويحية والخدمات الدفاعية والمتعلقة بتوفير الأمن، بالإضافة إلى المنابر الإعلامية، مع توفير الفرص لانتعاش وازدهار الاختلافات والفروق. كما أنها تتضمن المؤسسات التي لا تسعى فقط لمشاركة المجتمع بل إنها تسعى لبنائه.

وبالرغم من أن نتائج التمكين تتصل بقضايا السيطرة والوعي والمشاركة فإنها يمكن أن تؤدي إلى نتائج متباينة ومختلفة تبعا لمستوى التحليل (الفردي أو المؤسساتي أو المجتمعي). وسيتم فيما يلي التركيز على المستوى الفردي من التمكين باعتباره أساس وقاعدة التمكين في المستويين الآخرين.

سابعا: مكونات التمكين
Empowerment Components

يطلق على المستوى الفردي للتمكين عادة مصطلح التمكين النفسي Psycho logical Empowerment (PE) الذي يتأثر بقوة التمكين التي توفرت للمنظمات أو للمجتمع. وبشكل عام تتضمن عملية التمكين النفسية الشعور والإحساس والدافعية نحو السيطرة والضبط والمعرفة والمهارات الضرورية للتأثير على البيئة الاجتماعية والسياسية بالإضافة إلى سلوكيات المشاركة والمقاسمة (Zimmerman, 1995).

وتعتمد هذه العناصر المكونة للتمكين النفسي على المحتوى والسياق والمجموع السكاني، ولذا فإن أي مقياس لتقييم التمكين النفسي يجب أن يصمم بحيث يكون ذا صلة بالمجموعة السكانية كشكل، وبالسياق البيئي الذي يتم به العمل الفردي. وبالرغم من توقع ظهور بعض التداخل بين المواقف والمجموعات السكانية فلا يبدو أمرا واقعيا على سبيل المثال أن نتوقع أن يكون التمكين النفسي لدى الأطفال الذين يستخدمون الكراسي المتحركة مماثلا للتمكين النفسي عند الأطفال الذين يعانون من إعاقات متعددة شديدة. ويعتبر التمكين النفسي مكونا أو بناء Construct ذا نهاية مفتوحة open- ended قد يتغير في معناه من مجموعة سكانية إلى أخرى وفي سياق إلى آخر.

ويعتبر كثير من العلماء أن التمكين النفسي يتألف من مجموعة مكونات وهي:



- مكونات «شخصية داخلية» (Intra personal)
- مكونات «شخصية بينية» (Interpersonal)
- مكونات «سلوكية» (behavioral) (Zimmerman, 1995).

١-المكون الشخصي الداخلي:

ويتعلق المكون الشخصي الداخلي في التمكين النفسي بكيفية تفكير الأفراد بشأن أنفسهم. ويتألف من المكونات والأبعاد المتعددة التالية:

- البعد الخاص بالسيطرة المدركة Perceived control on specific domain
- الفاعلية الذاتية المدركة Perceived Self- Efficacy
- الدافعية للسيطرة Motivation to control
- والكفاءة المدركة Perceived Competence

ويشير البعد الخاص بالمقدرة المدركة على السيطرة والضبط الشخصي والشخص البيني interpersonal أو الاجتماعي السياسي Sociopolitical. ويشير بعد الفاعلية الذاتية المدركة إلى إدراكات الفرد المتصلة بالقدرة على تحقيق نتائج مرغوبة.

ويتوقع أن ترتبط المتغيرات الشخصية الداخلية intra personal (الإحساس بالضعف وعدم السواء) سلبيا بالتمكين النفسي (Zimmerman, 1990) واليأس (Rappaport, 1984)

٢-المكون الشخصي البيني:

وتتعلق مكونات التفاعل الشخصي البيني في التمكين النفسي بكيفية تفكير الفرد حول ارتباطه واتصاله بالمحيطين به. ويحتوي هذا المكون على التعاملات Transactions بين الأفراد والبيئات التي تمكنهم من السيطرة بنجاح على الأنظمة الاجتماعية أو السياسية. ويتألف هذا العنصر من الوعي النقدي للبيئة الاجتماعية السياسية ومن مهارات صنع القرار وحل المشكلات Decision making and problem اللازمة للمشاركة بفاعلية في البيئة الخاصة بالفرد بالإضافة إلى مهارات القيادة Leadership skills.

وقد يحتاج الأفراد هنا إلى تطوير الوعد الناقد بشأن بيئاتهم بما فيه فهم عمل المؤسسات ذات الهدف والرسالة من أجل ضمان مساهمتهم الفعالة في المواقف الخاصة المحددة. ويشير الوعي الناقد إلى فهم الفرد للموارد والمصادر التي يحتاجها لتحقيق أهدافه المرغوبة وإلى معرفة كيفية الوصول إلى هذه الموارد وإلى إتقان المهارات اللازمة لإدارة هذه الموارد حال الحصول عليها. (Freirey, 1973,Kieffer, 1984).

وتمثل القدرة على اكتشاف الموارد واستثمارها والانتفاع بها جانبا أساسيا في التفاعل بين الأشخاص في التمكين النفسي، لأنها توفر الدليل على السيطرة على البيئة. كما أن فهم عمل المؤسسات ذات الهدف والرسالة يتطلب تقديرا للعوامل التي قد تؤثر على هذه المنظمات (مثل شركات التأمين الطبي، المجالس المحلية للمدينة)، وعلى الموضوعات والأشياء (مثل إمكانيات البناء، ترتيبات وإنشاء الجمعيات)، أو على الأحداث (مثل المضاعفات الطبية والإشاعات العامة). وهذه جميعها تؤدي إما إلى تسهيل أو إعاقة ممارسة السيطرة والضبط على البيئة الاجتماعية السياسية) (Sue & Zane, 1980).

٣-المكون السلوكي:

ويتعلق المكون السلوكي بالأعمال الخاصة التي يقوم بها الفرد لممارسة التأثير على البيئة الاجتماعية والسياسية من خلال المشاركة في المؤسسات والأنشطة الاجتماعية. ويتضمن هذا المكون المشاركة في التنظيمات والجمعيات التابعة للمجتمع (مثل مراكز الإقامة المستقلة، جماعات المساعدة الذاتية، ومؤسسات الخدمات المختلفة).

وتتألف الجوانب الأخرى لهذا المكون من المشاركة في الأنشطة ذات الصلة بالمجتمع مثل مساعدة الآخرين على التعامل، ومواجهة المشكلات الحياتية، والاتصال بالمسئولين العامين، أو تنظيم الأفراد حول قضية معينة (مثل تعزيز الجهود المتعلقة بتنظيم القوانين الخاصة بمواقف السيارات الخاصة بذوي الإعاقات). هذا بالإضافة إلى سلوكيات التعامل والمواجهة الخاصة بالمواقف المختلفة، مثل السيطرة على التوتر، والتوافق مع الأوضاع، والأحوال المعيشية المتغيرة.

ثامنا: قياس التمكين

ويجب أن تتم هذه العناصر الثلاثة المكونة للتمكين النفسي من أجل الوصول إلى تقدير شامل لحالة الفرد في هذا الجانب الأساسي. ويعتبر الأفراد الذين يحصلون على درجات عالية في العناصر الثلاثة من أكثر الناس قوة من الناحية النفسية (من وجهة نظر مفهوم التمكين). أما الذين يحصلون على درجات عالية على العنصر الشخصي الداخلي ولكنهم يحصلون على درجات منخفضة على عنصري التفاعل والسلوك، أي في المكون الشخصي البيني والمكون السلوكي فيعتبرون أن لديهم درجة محددة من التمكين النفسي.

والذين يحصلون على درجات عالية على المكون الشخصي الداخلي لأنهم يعتقدون أن لديهم سيطرة على أمور حياتهم) ولكنهم يحققون درجات منخفضة في المكون الشخصي البيني (لأنهم لا يعرفون كيفية القيام بالتخفيف من العوائق المادية في بيئاتهم)، كما يحققون درجات منخفضة في المكون السلوكي (لأنهم لا يبذلون أي جهد لإزالة هذه العوائق المادية) يكونون أقل تمكينا من هؤلاء الذين يتعلمون ميكانزمات وأساليب التأثير على السياسات (مثل وجود أبنية مجهزة بتسهيلات لاستعمالات الكراسي المتحركة الخاصة بالمعوقين).

تاسعا: بحوث نظرية التمكين في علم النفس التأهيلي

لقد أجريت الدراسات التجريبية بكثافة للتحقق من كفاءة نظرية التمكين وفاعليتها، ومدى استخدامها في أنواع مختلفة من برامج المشاركة، التي وجهت العديد من فئات المشاركين من الجمهور، وبهدف تحقيق العديد من الأهداف. وتضمنت الأبحاث الجوانب الآتية:

- برامج التأييد والمناصرة للكبار Advocacy programs for adults الذين يعانون من إعاقات جسمية.
- المنظمات الخاصة بالأحياء السكنية Neighborhood organizations
- برامج الرعاية الذاتية للأطفال Children's self- care
- برامج الوقاية من مرض الإيدز Aids prevention programs

وقد لوحظ أن القليل فقط من الدراسات استهدفت جوانب معينة من عملية التمكين في برامج التأهيل. فقد أجرى بالكازار وآخرون (Balcazar, et. al, 1990) دراسة لفحص عمليات التمكين الناتجة عن برامج التدريب على مهارات التأييد والمناصرة موجه لمشاركين في «منظمة تأييد الأفراد المعوقين»، Organization for People with Disabilities حيث تبين للباحثين أن المشاركين المتدربين قد أظهروا زيادة في السلوكيات المستهدفة والمتضمنة مؤشرات «المناقشة الفعالة».

ويرتبط هذا المكون (المناقشة الفعالة) بمكون التمكين النفسي الثاني وهو المكون الشخصي البيني، أي التعاملات بين الأفراد لبعضهم وبعض، وبينهم وبين البيئة الذي تجعل الأفراد قادرين على أن ينجحوا في السيطرة على الأنظمة الاجتماعية والسياسية وتوجيهها بما فيه مصلحتهم كمعوقين. كما تبين أيضا أن التدريب على رئاسة الجلسات قد أدى إلى فاعلية أكبر فى قيادة المناقشات. وبشكل عام فقد ظهر أن البرنامج التدريبي قد أدى إلى زيادة النتائج المرغوبة لدى مجموعة التأييد بما فيها ارتفاع سلوك المشاركة.

كما أشارت نتائج دراسات انصبت على مجموعات التأييد لآباء الأطفال المعوقين عقليا (Baker & Brightman 1984) والأطفال الذين يعانون من أمراض مزمنة (Hixon soft & white, 1992) إلى أن المشاركين قد طوروا وعيا كبيرا بالقضايا الاجتماعية والسياسية التي تؤثر عليهم، وتزيد من إحساسهم بالكفاءة الذاتية. وعلى وجه الإجمال فقد أظهرت نتائج هذه الدراسات أن الوعي والمهارات المتزايدة بهذه القضايا التي تمس حياة المعوقين قد ساعدت على جعل المشاركين في برامج التأهيل قادرين على تحسين النتائج التي يرغبون في تحقيقها، وعلى تطوير شعور بالسيطرة والتحكم، وعلى المشاركة في أنشطة اجتماعية أخرى.

ومن الواضح انسجام هذه النتائج والعمليات الناتجة عن برامج التأهيل مع نظرية التمكين. وقد تم في بعض الدراسات - التي أجريت للتعرف على كفاءة البرامج التأهيلية- القيام بتقييم الجوانب المتصلة بالتمكين من خلال إظهار أن المشاركة النشطة تعتبر مكونا وعاملا حاسما في الوصول إلى نتائج إيجابية لهذه البرامج التأهيلية. كما أن المستخدمين الناجحين لأنظمة التواصل المعزز يدعون إلى اعتبار أن مشاركة الأسرة وتشجيعها هي أكثر العوالم أهمية من أجل ضمان تحقيق النتائج الإيجابية من البرامج التأهيلية.(Koppenhaver, Evans & Yoder, 1991).

وقد توصل كل من ماجتادير وليف (Magtader & Leff, 1986) إلى أن المشاركين في برنامج المراهقين المصابين بآلام مزمنة، والذين قاموا بإرشاد نفسي لأقرانهم المقيمين داخل المستشفيات (إرشاد الأقران والرفاق Peer counseling) قد أدوا إلى تنمية مهارات التعامل مع المرضى وإثرائها لدى هؤلاء الأفراد من المرضى. ومع أن هذه الدراسات لم تقم بتقييم التمكين النفسي إلا أنها أظهرت أن الاشتراك الفعال النشيط في سلوك التعامل ومواجهة الظروف الحياتية تؤدي إلى تحسين النتائج المستهدفة. وهذا يدعم الفكرة القائلة بأن الجهود المبذولة للسيطرة -وهي فكرة جوهرية في نظرية التمكين- تلعب دورا رئيسا في برامج التأهيل ونتائجه الإيجابية.

☺☺☺☺☺☺

مراجع الفصل السادس

1. Adams, R. (1997): Empowerment, marketisation and social work. In B. Lesnil (Ed.), International perspectives in social work: Change in social work (pp. 45-63). London: Ashgate.

2. Baintow, K. (1994): Liberation or regulation? Some paradoxes of empowerment. Critical Social Policy, 42, 34-46.

3. Baker, B. and Brightman, R. (1984): Training parents of retarded children: Program-specific outcomes. Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry, 15, 255-260.

4. Balcazar, F.E., Fawcett, S.B., and Seekins, T. (1991): Teaching people with disabilities to recruit help to attain personal goals. Rehabilitation Psychology, 36, 31-42.

5. Balcazar, F.E., Seekins, T., Fawcett, S.B. and Hopkins, B.L. (1990): Empowering people with physical disabilities through advocacy skills training. American Journal of Community Psychology, 18, 281-296.

6. Banja, J.D. (1990): Rehabilitation and empowerment. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 71, 614-615.

7. Cornell Empowerment Group (1989): Empowerment and family support. Networking Bulletin, 1, 1-23.

8. DeJong, G. (1979): Independent living: From social movement to analytic paradigm. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 60, 435-446.

9. DeJong, G. (1983): Defining and implementing the independent living



concept. In N.M. Crewe and I.K. Zola (Eds.), Independent living for physically disabled people (pp. 4-27). San Francisco: Jossey-Bass.

10. Fisher, D.B. (1994): Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities. Hospital and Community Psychiatry, 45, 913-915.

11. Foucault, M. (1977): Discipline and punish: The birth of the Prison. London: Allan Lane.

12. Freire, P. (1973): Education for critical consciousness. New York: Seabury Press.

13. Gutierrez, L., GlenMaye, L. and DeLois, K. (1995): The organizational context of empowerment practice: Implications for social work administration. Social work, 40, 249-258.

14. Healy, B. and Fook, J. (1994): Rethinking in social work. In J. fe (Ed.), Advances in social work and welfare education (pp. 23-44). Perth: University of Westeren Australia.

15. Hirayama, H., and Cetingok, M. (1988): Empowerment: A Social work approach for Asian immigrants. Social Casework, 69, 41-47.

16. Hixson, D, Stoft, E. and White, P. (1992): Parents of children with chronic health impairments: A new approach to advocacy training. Children's Health Care, 2, 111-115.

17. Ingram, R. (1992): When therapy is oppression. Transactional Analysis Journal, 22, 95-100.

18. Kam-Shing, Y. (2004): The empowerment model: a critical reflection



of empowerment in Chinese culture. Social Work, 14 p. Retrieved April, 4, 2005 from: http://www.highbeam.com/library/doc3.asp?ctrlinfo=Round9k%aprod%3adoc%.

19. Kieffer, C.H. (1984): Citizen empowerment: A developmental perspective. Prevention in Human Services, 3, 9-36.

20. Koppenhaver, D., Evans, D. and Yoder, D. (1991): Childhood reading and writing experiences of literate adults with severe speech and motor impairments. Augmentative and Alternative Communication, 7, 20-34.

21. Kruger, A. (2000): Empowerment in social work practice with the psychiatrically disabled: Model and method. Smith College Studies in Social Work, 70, 427-440.

22. Leach, D.J., Jackson, P.R., and Wall, T.D. (2001): Recallng the potental of empowerment: The mpact of feedback nterventon on the performance of complex technology. Ergonomcs, 44, 876-886.

23. Lee, J.A.B. (1996): Revew of the book: The empowerment tradition in America social work: A history. Social Work, 41, 174-177.

24. Lord, J., and Dufort, F. (1996): Young healers: Chronically ill adolescents as child life assistants. Children's Health Care, 14, 174-177.

25. Magtader, E. and Leff. (1986): young healers: Chronically ill adolescents as child life assistants. Children's Health Care, 14, 174-177.

26. Maton, K.I. and Salem, D.A. (1995): Organizational characteristics of



empowerment in community settings: A multiple case study approach. American Journal of Community Psychology, 23, 631-656.

27. McWhirter, E.H. (1997): Perceived barriers to education and career: Ethnic and gender differences. Journal of Vocational Behavior, 50, 124-140.

28. Mchanic, D. (1991, February). Adolescents at risk: New directions. Paper presented at the Seventh Annual Conference on Health Policy, Cornell University Medical College, New York, NY.

29. Minow, M. (1985): Learning to live with the dilemma of difference: Bilingual and special education. Law and Contemporary Poblems, 18, 91-92.

30. Morgan, L.M. (2001): Community participation in health: Perpetual allure, persistent challenge. Health Policy Planning, 16, 221-230.

31. National Institutes on Disability Rehabilitation and Research (1991, September). Empoerment and independence. Unpublished manuscript, NIDRR Working Group, Washington, DC.

32. Parker, S., Fook, J. and Pease, B. (1999): Empowerment: The modernist social work concept par excellence. In B. Pease and J. Fook (Eds.), Transforming social work practice: Postmodern critical perspectives (pp. 150-157). New York: Routledge.

33. Perlmutter, M., and Hall, E. (1985): Adult development and aging. New York: John Wiley and Sons.



34. Rappaport, J. (1984): Studies in empowerment: Introduction to the issue. Prevention in Human Services, 3, 1-7.

35. Rappaport, J. (1987): Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. American Journal of Community Psychology, 15, 121-148.

36. Rose, S.M. (1992): Case management and social work practice. New York: Longman.

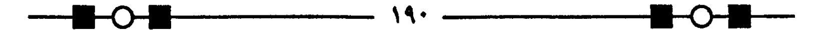
37. Rose, S.M. (2000): Reflection on empowerment - based practice. Social Work, 45, 403-412.

38. Sabin, J.E., O'Brien, M.F., and Daniels, N. (2001): Strengthening the consumer voice in managed care: 11. Moving NCQA standards from rights to empowerment. Psychiatric Services, 52, 1303-1305.

39. Sue, S., and Zane, N. (1980): Learned helplessness theory and community psychology. In M.S. Gibbs, J.R. Lachenmeyer, and J. Sigal (Eds.), Community psychology: Theoretical and empirical approaches (pp. 121-143). New York: Gardner.

40. Webb, P.M. and Gluekauf, R.L. (1994): The effects of direct involvement in goal setting on rehabilitation outcome for persons with traumatic brain injury. Rehabilitation Psychology, 39, 179-188.

41. Zimmerman, M.A. (1990): Taking aim on empowerment research: On the distinction between psychological and individual conceptions. American Journal of Community Psychology, 18, 169-177.



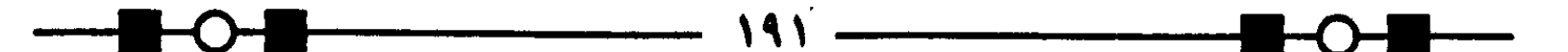
42. Zimmerman, M.A. (1993): Empowerment theory: Psychological organizational, and community levels of analysis. Unpublished manuscript, University of Michigan.

43. Zimmerman, M.A., (1995): Psychological empowerment: Issues and illustrations. american Journal of Community Psychology, 23, 581-599.

44. Zimmerman, M.A. and Warschausky, S. (1998): Empowerment theory for rehabilitation research, Conceptual and Methodological Issues. Rehabilitation Psychology. 43, 3-16.

45. Zimmerman, M.A., Israel, B.A., Schulz, A. and Checkoway, B. (1992): Further explorations in empowerment theory; An empirical analysis of psychological empowerment. American Journal of Community Psychology, 20, 707-727.

☺☺☺☺☺☺





علم النفس التأهيلي والرعاية الصحية وجهات نظر مستقبلية

تحولات في مجال الخدمة النفسية - مقدمة

القضايا المهنية العامة والقضايا التخصصية.

وجهة النظر الأولى (سيجيل)

وجهة النظر الثانية (روزنتال)

وجهة النظر الثالثة (بيونتى)



الفصل السابع

علم النفس التأهيلي والرعاية الصحية وجهات نظر مستقبلية

وفي هذا الفصل نعرض مقدمة صغيرة في التحولات التي حدثت في مجال الخدمة النفسية إلى القضايا المهنية العامة والقضايا التخصصية التي تخص علم النفس التأهيلي ومستقبل هذه الخدمة. وسنعرض بعد ذلك لوجهات نظر ثلاث من أكبر علماء النفس في هذه القضايا. وستكون هذه العروض خير ختام لهذا الجزء الذي حاولنا أن نعرض من خلاله أهم قضايا علم النفس التأهيلي وخدماته في مجال الإعاقات والإصابات والأمراض المزمنة.

تحولات في مجال الخدمة النفسية - مقدمة

لقد تغيرت معالم التمويل والاستفادة من الرعاية الصحية بصورة مفاجئة وسريعة في الولايات المتحدة الأمريكية بسبب انتقال سلطة التحكم والإدارة وتوجيه الخدمات الصحية من الممارسين ومن الأخصائيين في مجال الرعاية الصحية إلى هؤلاء الذين يستفيدون من هذه الخدمات (Frank& VondenBos, 1994).

وقد أدى هذا التحول إلى نشأة سلسلة جديدة لم يسبق لها مثيل من التغيرات في ممارسة الخدمة النفسية. وقد أخطأ الكثير من ممارسى الرعاية الصحية بمن فيهم الأخصائيون النفسيون في تقديرهم لقيمة هذه التغيرات وعمقها وشمولها ونتائجها على الممارسة وتقديم الخدمة على النحو الذي يحقق أهدافها Resnick & (Delean, 1995).

كذلك فقد انتهى هذا التغير إلى زيادة الانتباه إلى أهمية وجود الأقسام النفسية المتخصصة ضمن مجالات المساعدة النفسية في الرعاية الصحية المتعددة الأوجه. ولهذا أصبح لزاما على الأخصائيين النفسيين الذين يعملون في مجال الرعاية الصحية أن يقوموا بتطويع أساليبهم لتتناسب وطبيعة التغير الحادث في أنظمة الرعاية الصحية، ليتمكنوا من التأثير فيه بفاعلية، ولكي يحافظوا على بقائهم ووجودهم المهني، وتستمر الحاجة إليهم فيه (Vanden Bos, 1993).

وتشهد الفترة الحالية (العقد الأول من القرن الحادي والعشرين) تقدما وتطورا ملحوظا لدور علم النفس ومساهماته الكبيرة في مجال مهن الرعاية الصحية. وبعد هذا التطور تبلور «علم نفس الصحة» (Healthpsychology) الذي أصبح يتضمن ما يسمى «بعلم النفس الصحي الكلينيكى الحديث» Modern Clinical Health Psychology والذي بدورة يتألف من:

- علم النفس التأهيلي Rehabilitation Psychology
- علم النفس العصبي Neuro- Psychology
- علم النفس الصحي التقليدي Traditional Health Psychology

وسيتم تقديم عرض موجز في الصفحات التالية للقضايا الرئيسية المتعلقة بالجوانب المختلفة لاستخدام علم النفس في مجال الرعاية الصحية، والمتمثلة في أمور السياسة العامة، والتدريب، ومستقبل هذه الخدمات.

القضايا المهنية العامة والقضايا التخصصية موضع الحوار المستقبلي

وكما قلنا فإننا نخصص هذا الفصل لعرض بعض القضايا الحاسمة والجوهرية التي تواجه الأخصائيين النفسيين في مجال الرعاية الصحية، أي بلغة أخرى مستقبل علم النفس الصحي. وهذا ما ينسجم مع ما قام به بعض رواد وقادة علم النفس من محاولات عديدة لتقديم وعرض آرائهم حول هذه القضايا. وقد كان بين هؤلاء القادة رواد علم النفس التأهيلي وعلم النفس الصحي وعلم النفس العصبي الذين حاولوا أن يجيبوا على الأسئلة المختلفة المطروحة حول أهم القضايا التي يواجهها الأخصائيون النفسيون العاملون في المواقع الطبية التي تقدم الخدمات والرعاية الصحية. وقد طلب من كل واحد من هؤلاء القادة النفسيين الإجابة على أحد الأسئلة التي طرحت بالتوالي على أكثر من خبير نفسي وذلك من اجل التوصل إلى نقاط الاتفاق Uniformity والتنوع Divergence في الرأي حول القضية الواحدة.

وقد بنيت استجابات هؤلاء القادة النفسيين على الآراء والخبرات الشخصية، وكان الهدف من تجميع هذه الاستجابات هو فتح المجال أمام النقاش على نطاق واسع حول هذه القضايا. وكانت الأسئلة تتمحور حول القضايا المستقبلية التالية:

أ/ القضايا المهنية العامة:

وتتمثل في السؤالين الآتيين:

أ/ ١/ ما الدور المستقبلي لعلم النفس في مجالات الرعاية الصحية المختلفة؟

أ/ ٢/ ما الجوانب الهامة الواجب على أخصائي الرعاية النفسية الصحية تناولها والاهتمام بها؟

ب/ القضايا التخصصية:

وتتمثل في الأسئلة الثلاث الآتية:

ب/ ١/ ما الذي يميز بين علم النفس التأهيلي وعلم النفس الصحي وعلم النفس العصبي؟

ب/ ٢/ ما الدور الواجب على علم النفس القيام به في مجال تأهيل الأشخاص ذوى الإعاقات؟

ب/ ٣/ ما الدور الواجب أن يضطلع به علم النفس العصبي في مجال الرعاية الصحية؟

وفيما يلي سنعرض لثلاث من وجهات النظر لثلاثة من علماء النفس الذين يمثلون قيادات أساسية في الميدان.

أولا: وجهة النظر الأولى (سيجيل)

يذكر «لورنس سيجيل» عام ١٩٩٥(Lawrence J.Siegel) -الذي نعتقد أنه أفضل من يمثل وجهة النظر هذه- أن مجال الرعاية الصحية خلال العقود الماضية سيبدو وكأنه الحقل الجديد الواعد لعلم النفس. وقد شهدت العقود السابقة التطور الهائل في مجال الرعاية الصحية فقد تخلى الأخصائيون النفسيون الممارسون فيما يشبه الرفض عن الدور المحدد والمتمثل في الأبعاد التي تهتم بها الصحة النفسية

ليفسحوا المجال للدور الأكبر لعلم النفس والمتمثل في الرعاية الصحية الأوسع. بالإضافة إلى ذلك فإن الأخصائيين النفسيين في المواقف الطبية المختلفة لم يعودوا يكتفون بالبقاء بصورة حصرية وضيقة ضمن دوائر ووحدات الطب النفسي، لكن عوضا عن ذلك لخبحوا يشاركون بفاعلية في جميع مواقف الرعاية الصحية.

كما أن الأخصائيين النفسيين العاملين في قطاع الرعاية الصحية لم يعودوا يقومون بدور المستشار الثانوي أو المستشار من الدرجة الثالثة في التدخلات العلاجية الموحدة. فاليوم يقوم الأخصائيون النفسيون بدور يعتبر مصدرا رئيسيا وأساسيا في الخدمات المقدمة في المجال الطبي، كما أنهم يمثلون جزءا مكملا للعاملين ضمن نظام الرعاية الصحية.

إن التأكيد المتوقع في المستقبل القريب على طب الرعاية الأولية (الطب الباطني وطب الأطفال وطب الأسرة) سيؤدى إلى إعطاء المزيد من التأكيد على برامج الوقاية والكشف المبكر عن المشكلات الصحية المنتشرة. وبناء على ذلك فالأخصائيون النفسيون أيضا سيلعبون دورا متزايدا في تطوير واستخدام التدخلات الوقائية ضمن الرعاية الصحية.

وفي ميدان التنافس في مجال الرعاية الصحية فإن الأخصائيين النفسيين لن يعملون بشكل أقل ضمن نموذج الممارسة المستقلة، بل وسيعملون بصورة أكبر ضمن مواقف الرعاية الصحية النظامية. وسيكون التأكيد داخل هذه الأطر التنظيمية على نموذج التخصصات البينية التعاونية Interdisciplinary collaborative Model مع أخصائيى الرعاية الصحية الآخرين. وضمن هذا النموذج فإن الأخصائيين النفسيين يشاركون في تحمل المسئولية في وضع القرار فيما يتعلق برعاية المريض الصحية.

وينسجم هذا التوجه القائم على التخصصات ذات بؤر الاهتمام المتداخلة والمتقارنة مع ما يطلق عليه حاليا مصطلح «الطب السلوكي» Behavorial Medieine، بل إن الأخصائيين النفسيين سيحتاجون إلى الكفاح والسعي من أجل المحافظة على استقلالهم المهني، من خلال تبنيهم للعلاقات البينية التعاونية مع أخصائيي المهن الأخرى من العاملين في مجال الرعاية الصحية. ولا يبدو أمر إحداث التوازن اللازم في هذه العلاقات البينية سهلا، ولكنه ليس خعب التحقيق.

كما أن الأخصائيين النفسيين المتدربين على نموذج العالم -الممارس Scientist-Practitioner Model سيكونون المؤهلين المناسبين للعمل في نظم الرعاية الصحية المستقبلية. كما أن التأكيد على توفير النفقات وضمان نوعية الخدمة المقدمة والتدقيق والمحاسبة والتوافق والتوثيق في فعالية برامج الرعاية الصحية سيستلزم ضرورة الاعتماد بصورة رئيسية على الاستفادة من بحوث الأخصائيين النفسيين ومهارات تقديم البرامج التي يتقنونها. وسيعطى هذا التطور الفرصة الذهبية للأخصائيين النفسيين، ويتيح لهم المجال للقيام بدور في غاية الأهمية في صياغة البرامج المرتبطة بالرعاية الصحية سواء في مجال الوقاية من المرض، أو في مجال التشخيص والعلاج والتأهيل.

أما بالنسبة للأنشطة التدخلية والتقييمية والتشخيصية التي يستخدمها الأخصائيون النفسيون في مجالات الرعاية الصحية، فمن المتوقع أن يصبح معظمها ذا وقت محدد Time- limited وأن تركز على ميدان المشكلات المستهدفة. و قد يقل الاهتمام بمشكلات التشخيص المتعلق بالأمراض النفسية والعقلية، بينما يزيد الاهتمام بإجراءات التقييم المرتبطة مباشرة بتصميم وتقييم استراتيجيات الوقاية والتدخل الفعالة (Mash&Hunsley,1993).

ويتوقع أن تهيمن المناهج السلوكية والتعليمية النفسية بحيث تكون استراتيجيات التدخل النفسي الرئيسية المستخدمة في قطاع الرعاية الصحية. فقد أثبتت هذه المناهج فعاليتها مع مدى واسع من الاضطرابات الجسمية والمشكلات المتعلقة بالصحة (Siegel, 1993). وتتميز هذه التدخلات النفسية بكونها مناهج قصيرة الأمد نسبيا وتركز على بناء المهارة (مثل مهارات الرعاية أو العناية الذاتية) وعلى تعديل العادات السلوكية وأسلوب الحياة.

ثانيا: وجهة النظر الثانية (روزنتال)

يقول «ميتشل روزنتال» (١٩٩٥) Mitchell Rosenthal -الذي نعتقد أنه أفضل من يمثل وجهة النظر هذه- «لقد أعادت ضغوطات الرعاية الصحية تشكيل وصياغة أسلوب ممارسة التأهيل النفسي المتبع في التسعينيات. فقد كان من نتيجة التناقص في مدة الإقامة في المستشفيات، وفي نفقات وتكاليف التعويضات

Reimburse ment الناجمة عن الإصابات المرضية بالإضافة إلى النماذج المتغيرة فيما يتعلق بإيصال الخدمات الصحية وإدارتها، أن أعاد إداريو الخدمات الصحية النظر في الأسئلة الآتية:

- من هم الأخصائيون؟
- ما المهن المختلفة العاملة في المجال؟ وما أنواعها؟
- ما حجم كثافة الخدمات التي تعتبر أساس تحقيق النتائج المرجوة؟ وما أساس قوة هذه الخدمات وفاعليتها؟

وقد شكل هذا المزيج من التساؤلات والعناصر سلسلة من التهديدات من ناحية والفرص المواتية من ناحية أخرى للأخصائيين النفسيين العاملين في مجال التأهيل الطبي».

وقد أدت مجموعة التطورات المعاصرة هذه إلى خلق تباين سافر مع التوسع الهائل في الاستفادة من عمل الأخصائيين النفسيين في مجال التأهيل الطبي الذي حدث خلال الثمانينيات في القرن الماضي. فخلال تلك الفترة حدث تصاعد بالغ في عدد الأخصائيين النفسيين العاملين في مجال التأهيل النفسي في القطاع الطبي، خاصة أولئك الذين يعملون مع حالات إصابات الدماغ الصادمة Traumatic brain injury (TBI).

وقد أظهر هذا التوسع بدوره ضرورة توافر عدد كبير من الأخصائيين النفسيين المختصين في مجالات طبية عديدة، وخاصة في مجال علم النفس العصبي الكلينيكي Clinical Neuro-psychology، وعلم النفس التأهيلي Rehabilitation psycholog، وعلم النفس الكلينيكي Clinical Psychology، وعلم النفس الإرشادي Counseling Psychology، وعلم النفس السلوكي Behavioral Psychology. وقد خلق هذا الوضع فرصا متزايدة لعمل الأخصائيين النفسيين الذين أصبح عملهم وآراؤهم ذات تقدير وقيمة عالية لدى الأطباء وأعضاء الفريق الطبي، ولدى مديري المستشفيات، وإداريي الخدمات الطبية. ويبدو أن الأخصائيين النفسيين لم يكونوا فقط مساهمين مهمين في إجراءات التشخيص والعلاج، ولكنهم أيضا كانوا يعملون كمديرين Managers وموجهين Directors للبرامج الصحية وكباحثين وأساتذة ومقيِّمين للبرامج.

وعلى أية حال فقد حدث أخيـرا تقلص الكثير من برامج التأهيل النفسي في المجال الطبي. وذلك مع شيوع التشكك المتزايد حول تكلفة فاعلية عمليات التأهيل النفسي في المرحلة الحادة من المرض، والمرحلـة التي تليها. أي هل الذي ينفق في هذه البرامج يتساوى مع العـائد منها؟ وهذا ما استدعى اتخاذ قرارات صـعبة جدا بشأن نوعيـة المهن الأكثر أهمية من أجل الوصول إلى تأهيل طبـي فعال. وقد أدى ذلك إلى اعتبار الأخصائيين النفسيين في بعض الأحيان وكأنهم«غير أساسيين».

ومن المهم جدا تقـييم الخدمـات النفسيـة من آن لآخر، لنعرف نقـاط القوة ونقاط الضعف إذا كان لنا أن نطور هذه الخدمة ونجـعلها تساير الاتجاهات المعاصرة في التأهيل، وخـاصة أن عمليـات التأهيل شاملة، وتتـضمن عمليـات تنتمي إلى أنظمة أو علوم أو مجالات مختلفة ومتنوعة، ويحدث فيها تطورات هامة وسريعة.

وبنظرة تاريخية إلى الوراء نجد أن ممارسة علم النفس في مواقف التأهيل ذات تاريخ غنى، ويظهـر هذا الغنى في التـأهيل المنظم الذي بـدأ عقب اندلاع الحـرب العالميـة الثانية كـالذي حدث في مراكز أو مـواقع مثل «معـهد هوارد رسك للطب التـأهيلي في جـامـعـة نيـويورك Howard Rusk Institute For Rehabilitation Medicineat New York University.

وقد اعتبرت النتائج النفسيـة للمرض المزمن والإعاقة خلال هذه الفترة مكونا أساسيا في عملية التقييم والمعالجة الكلية للمريض الذي يعانى من إعاقة ما.

وقد قـوى هذا المبدأ وتدعم مع ظهـور الخدمة النفـسية وقـيام الأخـصائيين النفسيين بدور الرواد في بحوث التـأهيل الطبي، وفي كونهم الأوائل والسباقين في إيجاد فنيات التقييم والعلاج النفسي في مجالات السكتة الدماغية وإصابات الدماغ الصادمة (Ben-Yishay&Prigatano1986) وإصابات العمود الفقري وحالات الألم المزمن. ويعتبر تطور التقييم الكلى The hotistic Assessment « قوة إيجابية أخرى يجب وضعها في الاعـتبار عندما نحدد مزايا علم النفس ودوره في عـملية التأهيل الطبي. وتتعلق هذه الميزة بالتركيز على الحالة السابقة للمريض المصاب والديناميات والتفاعلات الأسـرية والوظائف العقلية والحالة الانفعاليـة والسلوكية والقدرة على العودة ثانية إلى العمل السابق، أو الدراسة أو الحياة المستقبلية.

وعلى الجانب الآخر توجد بعض نقاط الضعف التي يمكن لها أن تغطى على المساهمات الإيجابية التي يقدمها الأخصائيون النفسيون العاملون في مجالات التأهيل الطبي، وتتمثل هذه العيوب في بعض الأمور على رأسها:

١/ المبالغات في عملية التقييم.

٢/ استثناء البرنامج التدخلي واستبعاده.

٣/ التأخر لأوقات طويلة لحين الاستجابة للطلبات الاستشارية.

٤/ بطء إعداد التقارير الكتابية التي تزود بها الملفات الطبية أو التي ترسل إلى الإحالة الخارجية.

٥/ هذه التقارير ذات قيمة متوسطة، لأنها في كثير من الحالات تفتقر إلى الصدق في المعلومات الخاصة بالعلاقة بين المريض وبيئته.

٦/ إقصاء الأخصائيين النفسيين وعزلهم عن بقية الفريق الطبي، مما أدى إلى تهميش دورهم وجعله سطحيا.

٧/ عدم القدرة على إظهار أن حالة المريض تحتاج ولو جزئيا إلى نوع خاص من الخدمات النفسية.

وتتعرض الخدمة النفسية المقدمة في إطار برامج التأهيل الطبي إلى تهديدات حقيقية وليست خيالية. وقد بدأت التهديدات المتعلقة بممارسة علم النفس في مجال التأهيل الطبي في الظهور بالفعل مع تقليص -و في بعض الحالات إزالة أو إيقاف- عمل بعض الدوائر التي كانت تعمل في مجال التأهيل الطبي. كما رافق ذلك أيضا اختفاء بعض الوظائف الإدارية، وبعض الوظائف التي تقع ضمن الفريق الطبي. وقد أصبح هذا التوجه أكثر وضوحا وبصورة خاصة في مجال علم النفس.

والأمل معقود على التغيرات الحديثة في مجال التأهيل في أن تجلب الاعتراف الكافي للخدمة النفسية، واعتماد إعادة التأهيل الطبي لاحتواء وضم الأخصائيين النفسيين كأعضاء في الفريق الطبي المركزي. ومن الواضح أن تهديدا اقتصاديا مهلكا آخر محتمل الحدوث وهو التناقص في النفقات والتكاليف التعويضية للخدمات النفسية. ولو افترضنا أن معظم مرضى التأهيل يعانون من

إصابات أو أمراض مروعة مأساوية، أو أنهم كبيرو السن فإن معظمهم مشمولون برعاية برامج الرعاية الطبية Meaicaid or medicare (وهما برنامجان فيدراليان للدعم المالي للمرضى تعرضا كثيرا لان يكونا مستهدفين لتحقيق إنتاجهما ومساهمتهما في برامج الدعم الطبي). وأيضا مع الوضع في الاعتبار التزايد والنمو في برامج الرعاية الطبية المعتمدة على التيسير الذاتي أو المدارة ذاتيا، فمن المحتمل جدا أن يختار القطاع الخاص أيضا وضع القيود والتشديدات الصارمة على الخدمات التأهيلية.

وهنا تبدأ الخدمات النفسية معرضة تماما للإصابة بتقليص النفقات وما ينجم عنها من تراجع في عدد العاملين، خاصة أنها لا ينظر إليها على الدوام بأنها مهمة وضرورية طبيا، مثل الخدمات التأهيلية الأخرى، التي لا يستغنى عنها كالعلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي المهني، وعلاج النطق والكلام.

وإذا كان التحليل السابق يعرض للتحديات التي تواجه علم النفس كأحد جوانب عملية التأهيل الطبي على البقاء فضلا عن النمو والارتقاء، فإن هناك بعض الأفكار طرحت تقدم بعض الفرص الممكنة لإعادة اعتبار بعض الأبعاد والجوانب وإعادة صياغتها وتشكيلها لتكون أكثر مناسبة في إيصال الخدمات النفسية إلى مجال الرعاية الطبية:

أ/ يجب أن تركز ممارسات علم النفس التأهيلي بصورة أكثر لتوقعات المستهلك الداخلي أو الخارجي. أما المستهلك الداخلي Internal customer فهو مصطلح يشير إلى الأطباء والممرضات وأخصائيي الرعاية الصحية المتعاونين (أي أعضاء الفريق التأهيلي)، أما مصطلح المستهلك الخارجي External customer فيشير إلى مديري الحالات: المرضية Case managers وشركات التأمين والمحامين والمستشفيات والوكالات الأخرى في المجتمع. وهذا يتعلق بشكل خاص بالتوقيت المناسب للتقييم، والتدخلات العلاجية، والفائدة المرجوة منها. وبالإضافة إلى ذلك يجب بذل الكثير من الجهود من أجل تخفيض كمية الوقت المبذول من أجل الفرز والتقييمات. وتبدو الحاجة أكبر إلى القيام بتقييمات نفسية مختصرة وذلك مع تناقص فترة إقامة مريض التأهيل الطبي المقيم في

المستشفى (مثلا يبلغ معدل إقامة مريض التأهيل في المستشفى في الوقت الحالي من ٢٠-٢٥ يوما فقط)

ب/ يجب أن يوضع في الاعتبار الاستفادة الحكمية المتسمة بحسن التميز للفنيينTechnicians والمختصين الآخرين ذوى التكلفة الأقل. فمعظم المستشفيات تسعى حاليا إلى تخفيض ١٠٪ على الأقل من تكلفتها ونفقاتها على كل حالة مرضية لديها، ولذا فهي تشجع استخدام مساعدي الأطباء، والمعينات العلاجية، وأعضاء الفريق الطبي الأقل تكلفة والأرخص سعرا في رعاية المريض.

كذلك فإن الأخصائيين النفسين في مستشفيات التأهيل الطبي بحاجة إلى نقل وتحويل الكثير من جهودهم نحو الرعاية النفسية للمريض المقيم خارج المستشفى. و يمكن أن ننسب هذا التغير في ممارسة التأهيل الطبي إلى طول مدة إقامة المريض داخل وحدات التأهيل الأقل، وإلى الدرجة العالية من زيارات مرضى التأهيل المقيمين خارج المستشفى، وإلى المعدل الأفضل في نسبة التعويضات التي تصرفها الجهة الثالثة Third party payers من مجموعة المتكفلين بنفقات المريض وعلاجه (عادة ما تضم الجهات التي تنفق على المريض شركة التأمين الصحي الخاصة أو الفيدرالية (الميديكير medicare والميديكيد medicaid والمريض نفسه ومكان العمل الذي يتحمل تعويضات الإصابة المرضية في بعض الأحيان حسب نوع الإصابة ومكانها)

ج/ الدور المهم الذي يتولاه الأخصائيون النفسيون في التأهيل الطبي وذلك بقيامهم بإجراء البحوث والتعليم، وكسب المنح، والقيام بتقديم المحاضرات العلمية.

د/ يجب أن يصبح الأخصائيون النفسيون أعضاء أساسيين في البرامج التقيمية.

فمؤسسات التعويض Reimbursement commumity أصبحت تركز أكثر على تحليل النتائج، وتحتاج بالتالي إلى الحصول على البيانات اللازمة لهذه العملية والمتوفرة في مؤسسات التأهيل الطبي، وذلك من أجل أن تدعم كفاءة التدخلات العلاجية لقطاع التأهيل.

ثالثا: وجهه النظر الثالثة (بيونتى)

أنطونيو بيونتى ١٩٩٥ Antonio E. puente - والذي يمكن اعتباره ممثلا لهذه الوجهة من النظر - . يتحدث عن أربع قضايا توصل إليها بعد أن قام بتجميع أراء ما يقرب من ٢٥ زميلا في المهنة. وهذه القضايا هي: الأنشطة الكلينكية Clincal Activities والاهتمامات والاعتبارات المالية Financial comcerns والقضايا الشخصية Personal Issues ومخاطر المستقبل Hazards of future.

القضية الأولى: الأنشطة الكلينيكية:

ستتغير الأنشطة الكلينيكية بصورة كلية خلال السنوات القادمة القليلة، ويعود هذا الأمر بصورة جزئية إلى الإصلاحات في الرعاية الصحية والتأمين والتعويضات الصحية. وسيصبح كل من تقييم وعلاج الاضطرابات النفسية بما فيها المشكلات النفسية العصبية قابلا للقياس، وعلى نحو تجريبي ووظيفي وقابلا للتوثيق. وستساعد الأنشطة المستندة وعلى نحو تجريبي ووظيفي على الكمبيوتر كثيرا في تحقيق هذه الأهداف، ولكن القرارات المستمدة من الأبحاث ستبقى الموجه الرئيسي للكلينيكى المدرب ببراعة.

وفيما يتعلق بالتقييم فان الأخصائين النفسيين غالبا ما يركزون على الشاذ أو غير العادي Abnormal من السلوك. وفي هذا التوجه الذي يعمل على استبعاد السلوك الطبيعي أو العادي Normal تصبح معدلات السواء القاعدية وتحديد معنى السواء وتعريفة بدقة أمرا أساسيا وفي غاية الأهمية في عملية التقييم. كما سيضطر أخصائى علم النفس العصبي القيام بتطوير ووضع تصنيفات Taxonomy للمكونات النفسية العصبية (مثل الذاكرة)، وضع اختبارات تتمتع بمصداقية بيئية قوية، بالإضافة إلى تطوير أساليب وطرق تربط بين المكونات والاختبارات النفسية العصبية. وسيحل المدخل الاجتماعي النفسي الحيوي Bio-Psychesocial Approach لتقييم الاضطرابات النفسية العصبية محل مدخل القياس النفسي الصارم Strict Psychometric approach، ومع بذل جهد أكبر وأعظم لفهم الأفراد من الثقافات المختلفة والتي تمثل الأقليات.

وأما العلاج فستؤدى إصلاحات التأمين الطبي إلى إحداث ضغوطات لجعل التدخلات العلاجية أكثر دقة وحرصا على عدم الوقوع في الخطأ. ويتعارض هذا التوجه مع الاهتمام المتزايد باتباع أسلوب التأهيل المعرفي مع حالات الإصابات الدماغية. وسيصبح من المألوف والاعتيادي استخدام نوعية جديدة من الاستراتيجيات التي تتضمن وصفات الأدوية المؤثرة نفسيا أولا من قبل الطبيب المعالج غير النفسي Non-psychitric physician (مثلما هو الحال في مرحلة الرعاية الصحية الأولية Primary care)، ثم بعد ذلك من قبل الأخصائيين النفسيين. وسيتغير علم النفس العصبي، فلن تتم الرعاية المهنية النفسية العصبية للمريض في فراغ، في معزل عن الطبيب والأسرة، وسيصبح من الواجب اعتبار المريض جزءا من نظام أوسع.

القضية الثانية: الاعتبارات المالية:

من المتوقع أن تصبح إدارة الأجور المالية للأخصائيين النفسيين أمرا مثيرا للنقاش، هذا مع توقع أن تزداد أعباء الأخصائيين النفسيين، لكن قد تتراجع عوائدهم. وسيأتي هذا التراجع في الأجور والمقابل المادي ملازما لزيادة تميزهم وزيادة أعبائهم في التأهيل الصحي. وستستمر خدمات الصحة النفسية وتتقدم ولكن على استحياء، وتتقدم وكأنها «مواطن من الدرجة الثانية» ضمن برامج الرعاية الصحية، فى حين أن خدمات علم النفس العصبي لن تكون كذلك بل وستزدهر أكثر وأكثر.

وهناك الكثير من الأدلة المتزايدة على أن علم النفس العصبي يحظى بتعويضات مالية أفضل منذ وضع قانون المصطلحات الإجرائية الراهنة لعلم النفس العصبي.

القضية الثالثة: القضايا الشخصية:

من المحتمل جدا إذا استمر علم النفس العصبي في زيادة أرباحه وعوائده أن يصبح أخصائيو علم النفس العصبي (وربما الأخصائيون النفسيون برمتهم) مرتفعي الأسعار فيما يتعلق بالخدمات النفسية الروتينية. وعليه فإن المتوقع تزايد الأدوار المهمة، التي سيقومون بها، مثل مهام الإداريين ومديري الحالات والمشرفين

والمستشارين، وذلك على حساب دورهم كمعالجين كلينيكيين. كما سيظهر نظام ذو وجهين بديلين للقائمين بأعمـال الصحة النفسية، فالذين يحـملون درجة الدكتوراه ويتمتعون بتدريب فريد أو متـخصص (مثل التدريب في مجال علم النفس العصبي أو علم نفس الأدوية Psychopharmacology سيحصلون على وظائف ذات مهام إدارية أكثـر، في حين سيتولى الذين يحـملون درجات الماچستـير القيام بالأعـمال الكلينكية اليوميـة الأكثر روتينية (مثل العلاج النفسي). وهذا بدوره سـيفتح مجال العمل أمام حملة الماچستير والبكالوريوس.

القضية الرابعة: مخاطر المستقبل:

سيبقى علم النـفس وسيستمر في كونه علم السلـوك. وسيظهر الصراع بين علم النفس وعلم النفس العصبي، كما سيظهر الصراع بدرجة أشد بين علم النفس العصبي والمتخصصين في الميادين المخـتلفة في علم النفس، بما فيها وبشكل خاص علم النفس الكلينـيكى وعلم النفس الإرشادى وعلم الـنفس المدرسي وعلم النفس التأهيلي العـامل في المجال الصحي. ولكـن من الأفضل للجمـيع أن يعملوا في إطار من التكامل والتكاتف لصالح المهنة ولصالح المرضى ولصالح المجتمع.

☺☺☺☺☺☺

مراجع الفصل السابع

1. American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
2. Ben-Yishay, Y., and Prigatano, G.P. (1986): Cognitive remediationn. In M. Rosenthal, E.R. Griffith, M.R. Bond, and J.D. Miller (Eds.), Rehabilitation of the adult and child with traumatic brain injury (2nd ed., pp. 393-410). Philadelphia: Davis.
3. Benton, A. (1992): Clinical neuropsychology: 1960-1990. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 14, 407-417.
4. Bergman, M.M. (1991): Computer-enhanced self-sufficiency: Part 1. Creation and implementation of a text writer for an individual with traumatic brain injury. Neuropsychology, 5 (1).
5. Brook, R.H., and Lohr, K.N. (1986): Will we need to ration effective health care? Issues in Science and Technology, 3, 68-77.
6. Costa, L.D., Matarazzo, J.D. and Bornstein, R.A. (1986): Issues in graduate and postgraduate training in clinical neuropsychology. In S.B. Filskov and T.J. Bool (Eds.), Handbook of clinical neuropsychology (Vil. 2, pp. 652-668). New York: Wiley.
7. Croog, S.H., Levine, S., testa, M.A., Brown, D., Bulpitt, C.J., Jenkins, C.D., Klerman, G.L., and Williams, G.H. (1986): The effects of anti-hypertensive therapy on quality of life. New England Journal of Medicine, 314, 1657-1664.
8. DeVivo, M., Richards, J., Stover, S.L., and Go, B. (1991): Spinal cord injury: Rehabilitation adds life to years. Western Journal of Medicine, 154, 602-606.
9. Elliott, T.E. and Gramling, S.E. (1990): Psychologists and rehabilitation: New roles and old training models. American Psychology, 45, 762-765.



10. Frank, R.G., Gluck, J.P. and Buckelew, S.P. (1990): Rehabilitation: Psychology's greatest opportunity? American Psychologist, 45, 757-761.

11. Frank, R.G., and VandenBos, G.R. (1994): health Care Reform: The 1993-1994 Evolution. American Psychologist, 49, 851-854. (10).

12. Johnstone, B., Frank, R.G., Blear, C., Berk, S., Bieliauskas, L.A., Bigler, E.D., Caplan, B., Elliott, T.R., Glueckauf, R.L., Kaplan, R.M., Kreutzer, J.S., Mateer, C.A., Patterson, D., Puente, A.E., Richards, J.S., Rosenthal, M., Sherer, M., Shewchuk, R., Siggel, L.J., and Sweet, J.J. (1995): Psychology in Health Care: Future Directions. Professional Psychology: Research and Practice, 26, 341-365.

13. Mash, E.J., and Hunsley, J. (1993): Behavior therapy and managed mental health care: Integrating effectiveness and economics in mental health practice. Behavior Therapy, 24, 67-90.

14. Resnick, R.J., and DeLeon, P.H. (1995): The future of health care reform: Implications of 1994 elections. Professional Psychology, 26, 3-4.

15. Siegel, L.J. (1993): Psychotherapy with medically at-risk children. In T.R. Kratochwill and R.J. Morris (Eds.), Handbook of psychotherapy with children and adolescents (pp. 472-501). Boston: Allyn and Bacon.

16. VandenBos, G.R. (1993): U.S. mental health policy: Proactive evolution in the midst of health care reform. American Psychologist, 48, 283-290.

17. Wiggins, J. (1989): Rehabilitation: A new market for clinical psychology. The Clinical Psychologist, 42, 66-68.



صدر من السلسلة ما يلى :

(١) رياضة المشى مدخل لتحقيق الصحة النفسية والبدنية.

تأليف أ.د. أسامة كامل راتب و أ.د. إبراهيم خليفة تقديم أ.د. جابر عبد الحميد.

(٢) التعليم والتنمية الشاملة : دراسة فى النموذج الكورى.

تأليف د. عبد الناصر محمد رشاد. تقديم أ.د. عبد الغنى عبود

(٣) مناهج التربية : أسسها وتطبيقاتها.

تأليف أ.د. على أحمد مدكور. تقديم أ.د. جابر عبد الحميد

(٤) المدخل فى تدريس العلوم (من سلسلة تدريس العلوم فى العالم المعاصر).

أ.د. أحمد النجدى. تأليف أ.د. على راشد. أ.د. منى عبد الهادى

(٥) التربية البيئية لطفل الروضة .

تأليف أ.د. وفاء سلامة. مراجعة وتقديم: أ.د. سعد عبد الرحمن

(٦) التدريس والتعلم: الأسس النظرية والاستراتيجية والفاعلية - الأسس النظرية .

تأليف أ.د. جابر عبد الحميد.

(٧) النمو الحركى: مدخل للنمو المتكامل للطفل والمراهق.

تأليف أ.د.أسامة كامل راتب.

(٨) الإرشاد والعلاج النفسى الأسرى:المنظور النسقى الاتصالى.

تأليف أ.د.علاء الدين كفافى.

(٩) علم النفس الاجتماعى: رؤية معاصرة.

تأليف أ.د. فؤاد البهى. وأ.د. سعد عبد الرحمن

(١٠) استراتيجيات التدريس والتعلم .

تأليف أ.د. جابر عبد الحميد.

(١١) الإدارة المدرسية فى مطلع القرن الحادى والعشرين.

تأليف أ.د. أحمد إبراهيم أحمد

(١٢) علم النفس الاجتماعى والتعصب.

تأليف أ.د. عبد الحميد صفوت

(١٣) التربية المقارنة والألفية الثالثة: الأيديولوجيا والتربية والنظام العالمى الجديد.

تأليف أ.د. عبد الغنى عبود وآخرون

(١٤) مدرس القرن الحادى والعشرين الفعال: المهارات والتنمية المهنية.

تأليف أ.د. جابر عبد الحميد، ود. بيومى ضحاوى.

أ.د. عادل سلامة، أ.د. عبد الجواد السيد بكر

(١٥) الإعداد النفسى للناشئين: دليل للإرشاد والتوجيه للمدربين والإداريين وأولياء الأمور.

تأليف أ.د. أسامة كامل راتب

(١٦) القلق وإدارة الضغوط النفسية.

تأليف أ.د. فاروق السيد عثمان

(١٧) طرق تدريس الرياضيات.. نظريات وتطبيقات.

تأليف أ.د. إسماعيل محمد الأمين

(١٨) خصائص التلاميذ ذوى الحاجات الخاصة واستراتيجيات تدريسهم.

تأليف: مارتن هنلى - روبارتا رامزى - روبرت ألجوزين

ترجمة أ.د. جابر عبد الحميد

(١٩) تحليل المحتوى فى العلوم الإنسانية.

تأليف أ.د. رشدى أحمد طعيمة

(٢٠) أصول التربية البدنية والرياضة: المدخل ـ التاريخ ـ الفلسفة - المهنة والإعداد المهنى - النظام العلمى الأكاديمى.

تأليف أ.د. أمين أنور الخولى

(٢١) فقه التربية: مدخل إلى العلوم التربوية.

تأليف أ.د. سعيد إسماعيل على

(٢٢) اتجاهات وتجارب معاصرة فى تقويم أداء التلميذ والمدرس.

تأليف أ.د. جابر عبد الحميد

(٢٣) علم اجتماع التربية المعاصر: تطوره ـ منهجيته ـ تكافؤ الفرص التعليمية

تأليف أ.د. على السيد الشخيبى

(٢٤) تربية الأطفال المعاقين عقليا

تأليف أ.د. أمل معوض الهجرسى

(٢٥) القياس والاختبارات النفسية

تأليف أ.د. عبد الهادى السيد على وأ.د. فاروق السيد عثمان

(٢٦) التربية وثقافة التكنولوچيا.

تأليف أ.د. على أحمد مدكور

(٢٧) طرق وأساليب وإستراتيجيات حديثة فى تدريس العلوم (من سلسلة تدريس العلوم فى العالم المعاصر).

تأليف أ.د. أحمد النجدى. أ.د. منى عبد الهادى أ.د. على راشد.

(٢٨) الذكاءات المتعددة والفهم .

تأليف أ.د. جابر عبد الحميد

(٢٩) المنهجية الإسلامية فى البحث التربوى .

تأليف أ.د. عبد الرحمن النقيب

(٣٠) نحو تعليم أفضل: إنجاز أكاديمى وتعلم اجتماعى وذكاء وجدانى.

تأليف أ.د. جابر عبد الحميد

(٣١) النشاط البدنى والاسترخاء: مدخل لمواجهة الضغوط وتحسين نوعية الحياة.

تأليف أ.د. أسامة كامل راتب

(٣٢) علم النفس الصناعى والتنظيمى: بحوث عربية وعالمية.

تأليف أ.د. محمود السيد أبو النيل

(٣٣) اتجاهات حديثة فى تعليم العلوم على ضوء المعايير العالمية وتنمية التفكير والنظرية البنائية.

تأليف أ.د. على راشد أ.د. أحمد النجدى أ.د. منى عبد الهادى

(٣٤) موسوعة علم النفس التأهيلى وخدماته فى مجال الإعاقات والإصابات والأمراض المزمنة.

تأليف أ.د. علاء الدين كفافى أ.د. جهاد علاء الدين

(٣٥) نظريات المناهج التربوية.

تأليف أ.د. على أحمد مدكور